



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA ATENCION
MEDICA EN EL CONTEXTO DE CRISIS DEL
ESTADO SOCIAL MEXICANO
(1982-1994)**

TESINA

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA**

PRESENTA

ESPERANZA RAMIREZ PEREZ



MEXICO, D.F.

283990

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

*A Conchita y Rubén ... mis padres,
por su amor, paciencia y comprensión.*

A ti ... por tu amor incondicional.

*A las Dras. Martha Altamirano R. y Belinda Arteaga C.
por las valiosas y desinteresadas observaciones al trabajo.
A Ivonne Casasola B. por su amistad*

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION.	1
 CAPITULO 1.	
 LA CRISIS DEL ESTADO SOCIAL MEXICANO (1982 - 1994) Y SU IMPACTO EN EL SECTOR SALUD.	6
 CAPITULO 2.	
 ANALISIS DE TRES PROPUESTAS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.	31
1) La teoría del Doctor Avedis Donabedian.	34
2) La evaluación de la calidad de la atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).	45
3) La propuesta interinstitucional del IMSS, ISSSTE Y SSA	52

CAPITULO 3.

CONSIDERACIONES DESDE LA SOCIOLOGIA DEL TRABAJO, Y LA SOCIOLOGIA MEDICA EN TORNO A LAS CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO	61
1. Higiene, seguridad y salud ocupacional	72
a) Los accidentes de trabajo.	72
b) Las enfermedades profesionales.	74
2. Duración y configuración del tiempo de la jornada de trabajo.	79
3. La carga física, mental y psíquica de trabajo.	80
4. La organización y el contenido del trabajo.	83
5. La ergonomía.	84
6. Las consecuencias de las transferencias de tecnología.	87
7. El sistema de remuneraciones.	87
8. El modo de gestión de la fuerza de trabajo.	88

9. Medio ambiente de trabajo.	89
10. La posibilidad de participar en la organización de las condiciones laborales dentro de las instituciones o unidades de trabajo.	93
11. Las condiciones generales de vida.	95
CONCLUSIONES	99
BIBLIOGRAFIA	106
ANEXO I Cuadros Estadísticos	112
ANEXO II Profesiograma	121

INTRODUCCION

La presente tesina tiene como propósito aportar elementos que, desde la perspectiva de la sociología del trabajo y la sociología médica, puedan ser tomados en cuenta en el diseño de propuestas alternativas de evaluación de la calidad de la atención del sector salud¹ en México.

El contexto sociohistórico del estudio se ubica en el período comprendido entre 1982 y 1994, etapa en la que la crisis del Estado social mexicano y el agotamiento de la función benefactora de éste, impactan al sector salud al adoptar políticas de carácter neoliberal. Esta circunstancia se aborda en el primer capítulo donde se identifica a los regímenes de Miguel de la Madrid y Carlos Salinas de Gortari como una etapa transicional en la que se vislumbra el agotamiento del papel benefactor estatal y se efectúan ajustes a las políticas de atención a la salud.

En el segundo capítulo se sintetiza lo propuesto en diversos documentos y planteamientos en torno a la evaluación de la calidad de la atención médica del sector salud. Se podrá apreciar en este capítulo que las propuestas predominantes no toman en cuenta aspectos centrales de las condiciones de trabajo de los prestadores de servicios del sector : son análisis formales que pretenden dar una salida funcional al

¹ "La sectorización significa el agrupamiento de entidades paraestatales bajo una dependencia del Ejecutivo Federal. La organización efectiva del Sector Salud comprende a los programas de salud de las instituciones de seguridad social, a las instituciones de salud para población no cubierta por éstas, al subsector de los Institutos Nacionales de Salud y al subsector de asistencia social". 1982 Diario Oficial de la Federación.

problema, sin tomar en consideración las condiciones y el medio ambiente de trabajo del personal que labora en las instituciones de salud. Por ejemplo, la propuesta del Dr. Avedis Donabedian, consiste en evaluar la calidad de atención médica, mediante una revisión permanente, continua y un monitoreo de la calidad de los prestadores del servicio, sin prestar mucha atención a la posible influencia de los factores laborales.

En el tercer capítulo, se recuperan, desde la perspectiva de la sociología del trabajo, diversas consideraciones que, proporciona Julio Cesar Neffa. Estos elementos se enlazan con planteamientos de la sociología médica y la salud ocupacional con el propósito de llamar la atención sobre la posible influencia de los factores laborales y humanos como elementos que impactan la calidad de la atención médica que se proporciona a los usuarios. Al respecto se supone que en la calidad de este servicio intervienen, en buena parte, las condiciones y medio ambiente de trabajo de los agentes que proporcionan servicios a derechohabientes y usuarios del sector salud. Esta relación entre personal laboral y derechohabientes, no ha sido suficientemente abordada por las distintas propuestas de evaluación de la calidad de la atención médica que se consultaron para efectos de este trabajo.

El aporte de esta tesina radica en que, al tomar en cuenta una de las tres vertientes de estudio de la sociología médica: la práctica médica ², se proponen variables para su análisis desde el ámbito de la sociología del trabajo.

Entre esas variables, sólo por mencionar algunas, pueden señalarse las cargas físicas, mentales y psíquicas³ del trabajo desarrollado por médicos y personal de apoyo, los mecanismos de gestión y organización de la fuerza de trabajo, el medio ambiente en el que se labora, las jornadas y ritmos de trabajo establecidos, así como los salarios que los retribuyen. Estas variables, pueden influir, en la calidad de la atención proporcionada al usuario. Para complementar este aspecto se incluyen, en el Anexo I, datos estadísticos sobre riesgos laborales, en tanto que en el Anexo II se ejemplifican profesiogramas de diversos puestos de trabajo en el sector salud con los correspondientes posibles riesgos. El propósito de esta información tiene que ver con la necesidad de tomar en cuenta estos elementos en un posible enfoque alternativo de evaluación de la calidad de la atención médica que enfatice el factor humano.

² Las otras dos vertientes se orientan al estudio del proceso salud-enfermedad y de la política sanitaria. Sólo se mencionan en este trabajo debido a que el interés primordial se centra en la búsqueda de variables que puedan tener presencia al evaluar la calidad de la atención médica.

³ Carga física es el resultado de los movimientos musculares realizados para inmovilizar o para desplazar el cuerpo y unos segmentos corporales respecto de otros. La carga mental incluye los requerimientos del puesto de trabajo en cuanto a las actividades que se originan en los mecanismos del pensamiento teniendo en cuenta el límite de las capacidades mentales humanas. La carga psíquica trata esencialmente de los aspectos afectivos y relacionales propios de los requerimiento de los puestos de trabajo. Neffa, Julio C. (1989),

De esta manera, la presente tesina busca: por una parte, contribuir, desde la perspectiva del análisis sociológico del trabajo y la sociología médica, al ámbito del estudio de la salud, como un extenso campo que requiere nuevas exploraciones desde la perspectiva teórica-social; y, por otra parte, enfatizar el tema de la atención a la salud desde la óptica neoliberal cuyos efectos en la población mexicana, aún no logran saldar los compromisos adquiridos por México en la Conferencia de Alma - Ata (1978) celebrada en Rusia por la Organización Mundial de la Salud, cuyo objetivo fundamental apuntaban a asegurar que, para el año 2000 todas las personas tuvieran derecho a la salud, ni eludir el hecho de que todos los individuos tienen derecho a acceder a los servicios médicos y a recibir una buena calidad de atención en los mismos.

En suma, se propone aportar elementos para el análisis con el propósito de que sean recuperados al establecer nuevos modelos para evaluar la calidad de la atención médica. Los objetivos de la presente tesina son: 1) analizar los diversos enfoques y propuestas realizados en torno a la evaluación de la calidad de la atención médica en el contexto de crisis del llamado "Estado social mexicano"; 2) enunciar, a partir de los planteamientos de la sociología del trabajo y la sociología médica, los factores laborales y humanos (condiciones de trabajo, y sus repercusiones en la salud de los trabajadores, etc.) que tienen una probable influencia en el tipo de calidad de atención médica que se brinda. Para lograr estos objetivos, el estudio se presenta con un carácter teórico-documental sin soslayar elementos críticos y propositivos.

CAPITULO 1.

LA CRISIS DEL ESTADO SOCIAL MEXICANO (1982 - 1994) Y SU IMPACTO EN EL SECTOR SALUD.

En la década de los ochentas, el Estado social mexicano⁴ sufrió una severa crisis. A partir de 1982, se instrumentó un nuevo modelo económico-político de marcada tendencia neoliberal⁵. La adopción de este modelo repercutió en las ya precarias condiciones de vida y trabajo de un extenso grupo de mexicanos a partir de la depresión salarial, el aumento en los índices de desempleo y el replanteamiento de una nueva política social. Se puso de manifiesto la crisis de la política "benefactora" del Estado y el impacto de ésta sobre la política social expresada en la redefinición de los vínculos entre el Estado y la sociedad, el cambio en la norma del gasto social, el desmantelamiento de las formas de dominación corporativas (destrucción del pacto social poscardenista) y la poca o casi nula intervención del Estado en la esfera económica.

En cuanto al ámbito de la salud, la política social adoptada por el Estado en estos años, se orientó a la modificación de la política de salud y la reorganización sanitaria⁶, cuyos efectos propiciaron: el incremento de la desigualdad entre los diversos sectores, el

⁴ De la Garza Enrique (1988) Ascenso y crisis del estado social autoritario. Colegio de México, México

⁵ Esthela Gutiérrez Garza en la presentación del libro Testimonios de la crisis, 2. La crisis del Estado de bienestar, señala que en la etapa contemporánea (hace referencia a los años 80s.) y ante la crisis actual del régimen de acumulación fordista "se constata un poderoso resurgimiento de la concepción neoliberal. En el terreno de la economía con el *monetarismo* que reclama a las fuerzas del mercado como la mejor forma de regulación económica proponiendo que la intervención del Estado se circunscriba exclusivamente a las funciones de protección y seguridad que requieren los individuos (policía y tribunales). Según esta concepción el Estado tiene que "adelgazarse" hasta reducirse a su mínima expresión. En el terreno de la política, con los "nuevos contractualistas" que enarbolan como principio un *individualismo radial* y la *negación absoluta de lo social*. En consecuencia, esta concepción extrema descarta la relación Estado-sociedad de su panorama conceptual. Su representación de la sociedad está constituida por individuos que interactúan entre sí en un modelo teórico donde la libertad y la igualdad son principios de base; es decir, todos los individuos tienen las mismas oportunidades, donde el destino de cada uno de ellos dependerá de sus propios méritos. (pp.11.12)

⁶ Véase López Arellano, Oliva y José Blanco Gil. (1993) La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta. Colección Ensayos. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México,

deterioro de las condiciones de salud de la población más pobre debido al difícil acceso a los servicios de salud y una deficiente calidad de la atención proporcionada.

A partir de la política de tipo neoliberal adoptada se redujo el gasto social, se desplazó la responsabilidad del Estado con respecto a garantizar los derechos sociales constitucionales, como: la educación, la vivienda, el empleo, la salud, etc. Con estas medidas se rompió con el papel "benefactor" jugado por el Estado durante más de cuatro décadas.

Esta ruptura se inició a partir de la administración de Miguel de la Madrid y continuó con el llamado liberalismo social mexicano ⁷ de Carlos Salinas de Gortari.

En 1982, la situación económica del país contemplaba: la grave descompensación fiscal, la desfavorable tendencia de la balanza de pagos, el agudo desempleo, la renovada escalada inflacionaria, entre otros factores que señalaban los límites de un crecimiento a todas luces desequilibrado.

⁷ Véase Ortiz Wadgymar, Arturo.(1994) Política económica de México (1982-1994). Dos sexenios neoliberales.Ed. Nuestro Tiempo, México; Villarreal René (1993)"Un proyecto propio: el liberalismo social" en Revista Examen, año V, Núm. 54, Nov., México; Huerta Arturo, (1984) "La Política Económica actual: análisis y contradicciones" en Análisis Económico (Revista de Economía), UAM-A, Vol. III, No. 2, p.138

Para solucionar lo anterior se propuso modernizar el aparato productivo interno y lograr una mayor inserción en la economía mundial.

El gobierno de Miguel de la Madrid emitió el PIRE (Plan Inmediato de Reordenación Económica), cuyos objetivos fueron: la corrección de los desequilibrios más agudos y el restablecimiento del crecimiento económico, por medio de la estabilización de los precios y las variables comerciales y financieras así como el férreo control salarial. Para el mediano plazo se emitieron el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Fomento Industrial, el Programa de Financiamiento para el Desarrollo y el Programa Industrial de Comercio Exterior. Así se inició, en palabras de Arturo Guillén, un proceso de modernización ("*Reestructuración productiva*")⁸, en diversas esferas de la vida económica de México, con la finalidad de contrarrestar la crisis, reestablecer la tasa de ganancia y hacer más competitiva la industria nacional, en suma, una actitud neoliberal en un nuevo panorama: la globalización y la internacionalización del capital, en el contexto de las limitaciones en las fronteras de autonomía de los Estados, que en México, se han estrechado debido a las negociaciones y condiciones impuestas por los organismos financieros internacionales que han impactado su programa económico. En el Plan Nacional de Desarrollo 1982-1988,⁹ se destacó la modernización de la estructura

⁸ Véase Guillén, Arturo (1985) "Interpretaciones sobre la crisis" en México ante la crisis I. Ed. Siglo XXI, México.

⁹ De la Madrid Hurtado Miguel, (1983) Plan Nacional de Desarrollo 1982 -1988, Secretaría de Programación y Presupuesto, México.

productiva, el incremento a la productividad, el reforzamiento del mercado interno y la búsqueda de una inserción en el mercado mundial.

No obstante los propósitos y medidas implementadas, una fuerte recesión económica empezó a evidenciarse en 1988 a partir de indicadores como el crecimiento de los niveles de desempleo, inseguridad pública, delincuencia y comercio ambulante.

En este escenario y ante una controvertida elección, la gestión de Carlos Salinas arrancó con un marco doctrinario e ideológico basado en el tema del liberalismo cuyas características globales incluyeron la obsesión del Tratado de Libre Comercio (TLC), la total privatización concentradora y monopolista del capital, la enorme especulación del gran capital a través de un sistema financiero bajo su control, la plena disciplina a la política exterior de los Estados Unidos, la marcha atrás en las conquistas revolucionarias, la irrestricta atracción de inversiones extranjeras, la reducción de la inflación, el saneamiento de las finanzas públicas y el control de los medios de difusión.¹⁰

Los efectos contradictorios del modelo se constataron a partir del incremento de los índices de desempleo, subempleo y expansión del ambulante, el riesgoso desequilibrio externo, la contracción del poder de compra de las mayorías y del mercado interno, la mayor concentración del ingreso, el escaso efecto de la renegociación de la deuda de

10 Ortiz Wadgymar A. Op. cit., pp. 152 a 154.

1989, la mayor dependencia con los Estados Unidos, la agudización de la inseguridad pública, narcotráfico e indocumentados y los efectos negativos sobre la pequeña y mediana industrias, como las quiebras, los cambios de giro y la reducción de turnos.

Como estrategia paliativa y clientelista se implementó el Programa Nacional de Solidaridad, (*PRONASOL*) que incluyó la creación de la Secretaría de Desarrollo Social que absorbió al PRONASOL al que se le destinaron grandes recursos entre 1992 y 1994, para atender a una población de habitantes que vivía bajo "extrema pobreza", sin que se contemplaran metas como la creación de empleos, o el pago de salarios justos, limitándose a apoyar obras públicas de tipo secundario como la pintura o reparación de edificios públicos, plazas, jardines, obras menores de dotación de agua y alcantarillado, instalaciones deportivas, o electricidad rural. Ortiz Wadgymer¹¹ opina que dicho programa estaba unido a un proceso de clientelismo político en favor del partido en el poder y a una amplia propaganda en los medios de difusión.

El denominado *liberalismo social mexicano*, se fundamentó en :

a) La nueva política social basada en el PRONASOL (el cual se estableció como antídoto principal para dar respuesta a las necesidades de empleo y salario de una población que vivía bajo "extrema pobreza").

¹¹ Ibid. p.153

b) El pacto de concertación con empresarios, gobierno y obreros, que tuvo como objetivo el acabar con las formas corporativas postcardenistas.

c) Un marco doctrinario-ideológico, en el que prevalecía la libertad individual y el libre mercado aconsejados por la posición neoliberal.

d) El programa de reforma económica y social del Estado que, en términos generales, propuso una reestructuración económica tomando como ejes centrales: el recorte del gasto público, la reconversión industrial, la liberalización del comercio y la privatización y desarrollo de empresas de "punta" altamente tecnificadas, congelamiento de los salarios, adopción de un tipo de cambio semifijo, etc.; en cuanto a la política social se redefinieron los nexos Estado-sociedad cuyos componentes centrales eran: el desplazamiento de la responsabilidad estatal de garantizar los derechos sociales constitucionales (salud, educación, empleo, etc) para los individuos o grupos; la asistencia selectiva a los grupos de mayor marginación mediante servicios públicos de bajo costo, como la privatización de la producción estatal de bienes y servicios la cual disminuyó el peso relativo del sector público respecto al privado.

e) Un nuevo modelo de desarrollo sustentable con equidad social y liderazgo nacional, donde prevalecían, por lo menos en el discurso oficial, el respeto a la libertad individual y

a los derechos sociales, a partir de la armonización del ejercicio de las libertades individuales con la responsabilidad solidaria demandada por la comunidad.

Además, las características económicas del modelo del "liberalismo social mexicano" incluyeron: la integración cada vez más orgánica a la economía norteamericana, la sujeción a los organismos internacionales de apertura al expansionismo de los EUA (GATT, FMI, BID, etc.), la privatización y modernización selectiva de la planta industrial, el desarrollo de empresas de "punta" (por ejemplo, telecomunicaciones, petroquímica y siderúrgica), altamente tecnificadas y ligadas al capital extranjero y el reforzamiento de la actividad maquiladora.¹²

En este marco, el Estado de bienestar se dismanteló, se abandonó paulatinamente el quehacer estatal para garantizar los derechos sociales establecidos en la Constitución Mexicana y se transitó hacia una nueva política social¹³ caracterizada por:

- a) La drástica disminución del gasto social.
- b) El "combate a la pobreza extrema".
- c) La focalización de los recursos en zonas de importancia económica y/o política.

¹² Calderón R. José (1988): "Ruptura del colaboracionismo de clases", en: Gutiérrez G. Estela (coord.). Testimonios de la crisis. 2. La crisis del Estado del Bienestar, Siglo XXI, México, p.87

¹³ López Arellano, Oliva y Gil José Blanco. (1993) La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta. Colección Ensayos. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, p.39.

- d) La descentralización autoritaria.
- e) La reorganización institucional con el fin de conservar un mínimo de servicios baratos para los grupos más depauperados.
- f) El fomento de las formas "rentables" de producción de servicios.

La transformación de la política social del bienestar redefinió las características de las instituciones de bienestar social pero no las abandonó. En esta redefinición se robustecieron las formas autoritarias y clientelistas de prestación de servicios, se favoreció la exclusión de grandes grupos sociales y se profundizó la desigualdad ya existente. ¹⁴ No obstante, una limitación de esta línea de acción se reflejó en la circunstancia de que, al ser ignoradas las condiciones de la población que recibía esos servicios en sistemas públicos que incluían escuelas y hospitales, se propiciaron diferencias en las capacidades y recursos y se originaron resultados desiguales de los sistemas de prestaciones que desfavorecían a los sectores de peor situación y, frecuentemente, estas inequidades se agravaron por una menor asignación de recursos para los servicios públicos destinados a los sectores más carentes. ¹⁵ Un ejemplo en este sentido, lo representó la disminución del financiamiento del sector salud en los años

14 López Arellano, y Gil José Op.cit. p.39.

15 Véase Tenti Fanfani E (1991). El Estado benefactor: Un paradigma en crisis, Buenos Aires, CIEPP.

ochenta, la transformación de la política social y las prioridades reales de la política sanitaria.

En consecuencia, la disminución diferencial del gasto en los distintos subsistemas del sector salud, en lugar de favorecer la homogeneización en la calidad de la atención, profundizó la desigual atención que recibía la población que accedía a las instituciones de seguridad social y aquella atendida por el subsector dirigido a la población no derechohabiente. La tendencia descendente de los recursos financieros asignados al sector, puso en entredicho la prioridad de la política de salud en el proyecto modernizador mexicano ya que en el período 1980-1988, disminuyó de 2.5% al 1.3% la participación del gasto en salud y seguridad social como proporción del Producto Interno Bruto (PIB). La participación del gasto en salud también descendió como proporción del financiamiento del sector público, pasando de 6.2% en 1980 a 2.5% en 1988. Esta reducción significó un retroceso de casi 60% en el periodo. El subsidio gubernamental destinado al ISSSTE se redujo de 37.5% en 1981 a 16.3% en 1983 y para el periodo 84-88 desapareció totalmente. La transferencia de recursos gubernamentales al IMSS también decreció, aunque su reestructuración financiera se realizó fundamentalmente a través de la reforma a la Ley del Seguro Social. Esta

reforma pretendía gravar en mayor medida al sector patronal, liberando al Estado de su responsabilidad financiera. ¹⁶

A partir del proyecto neoliberal, la descentralización de los servicios de salud apareció - según Menéndez¹⁷ como la estrategia que intentaba revertir la tendencia dominante de la salubridad mexicana, pues tanto la descentralización como la atención, aparecían como dos de los objetivos para abatir daños, extender la cobertura, abaratar costos y aminorar la desocupación médica. El proceso de descentralización trazó así las diferencias con respecto al modelo anterior que proponía una concepción salubrista y sobre todo asistencial centralizada, un proyecto sanitarista que se venía dando desde la década de los veinte y que se organizó y trazó sus líneas básicas durante el cardenismo, donde la atención primaria aparecía como el eje de las actividades médicas respecto de los conjuntos sociales subalternos. Comenzó así el proceso de centralización y planificación que implicó la relativa pérdida de autonomía del nivel provincial y municipal en lo normativo. Se crearon la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el IMSS y el ISSSTE, donde la normatización y decisiones estaban a cargo de la dirección centralizada de cada institución, ajena a las propuestas de los estados. Es así que se desarrolló una política de

¹⁶ Vázquez, Sergio, (1988), "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman el sector salud. 1980-1987", Revista Salud-Problema, Núm. 15, UAM-X, México, pp.37-46.

¹⁷ Menéndez, Eduardo L. (1990). "Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista" en Almada Bay, Ignacio. Salud y crisis en México. Textos para un debate. Ed. Siglo XXI, México.

centralización y planificación, que suponía el control del Ejecutivo sobre la salud y la salubridad nacional, así como sobre las políticas estatales y municipales específicas.¹⁸

En este contexto, la política de salud también se redefinió ya que la contradicción entre el aumento de costos para la atención médica, el decremento del presupuesto asignado al sector y la necesidad de legitimación del Estado mexicano, responsable aún de una gran parte de la prestación de servicios de salud, condujeron a una propuesta eficientista y modernizadora para reorganizar al sector salud.

Para ello se eligieron cinco estrategias: **la sectorización, la descentralización, la modernización administrativa, la coordinación intersectorial y la participación comunitaria**, con el propósito de integrar un ***Sistema Nacional de Salud (SNS)*** que incrementara la eficiencia de los servicios y el uso racional de los recursos.¹⁹

Por **sectorización** se entendió el agrupamiento de entidades paraestatales por cada uno de los sectores en que se clasificaba la Administración Pública Federal. Esta agrupación permitía a una Secretaría de Estado (en este caso la Secretaría de Salud), conducir, planear, programar, evaluar, organizar y controlar las actividades de las entidades paraestatales que quedaban bajo su coordinación. Es decir, que la Secretaría de Salud

¹⁸ Menéndez, E. (1990), Op. Cit. p. 231

¹⁹ Valdéz, Cuauhtémoc, (1984), "Sistema Nacional de Salud. Avances y Perspectivas". Cuadernos de la SSA, Núm.7, Junio, México, p.55.

se convirtió en la entidad que iba a normar, planear, coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud. Asimismo, " la sectorización se refuerza con la Ley Federal de las Entidades Paraestatales, la cual confiere una mayor capacidad de decisión a los órganos de gobierno de las entidades paraestatales con el fin de fortalecer su autonomía, definir las responsabilidades de sus titulares en forma más amplia y precisa, y apoyar el papel rector del coordinador sectorial, así como acentuar la preeminencia de los programas sectoriales". La **descentralización**, consistió en la transferencia a la administración pública local de facultades y, con ellas, programas y recursos, que serían ejercidos bajo la tutela del órgano que las traspasó. El órgano que recibía las facultades (estado, municipio) poseía su propia personalidad y patrimonio, así como autonomía política. En el caso de la salud surgieron los denominados Servicios Estatales de Salud (SESA). La descentralización de los servicios de salud tuvo como propósito extender la cobertura, incrementar la calidad de los servicios y vigorizar la función rectora de la Secretaría de Salud. La **modernización administrativa**, se propuso la reordenación de las funciones sustantivas, entre ellas, la planeación y administración de los servicios de salud, regulación sanitaria e investigación y desarrollo. A partir de la **coordinación intersectorial**, cada sector debía identificar los objetivos, prioridades y acciones que le correspondían alcanzar e identificar las tareas o esfuerzos en los que existiera o debiera existir interrelación de sectores. Es decir, que para las tareas de planeación nacional de desarrollo se hizo necesaria una vinculación entre los distintos sectores que formaban parte del aparato público, y la **participación comunitaria**, en donde se involucraba a la

comunidad en campañas sanitarias y se orientaba a los líderes sociales sobre la prevención de las enfermedades y el cuidado de la salud a nivel individual, familiar y comunitario.²⁰

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se articuló a través del *Programa Sectorial de Salud*²¹ (PSS), en tres subsistemas: entidades del sector salud (para las cuales se aplicaba la obligatoriedad), gobiernos estatales (que se vinculaban con el gobierno federal a través de la coordinación) y los sectores privado y social (que se incorporaron mediante la concertación y la inducción).

Como el principal propósito del SNS consistía en lograr una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad y una mejoría en el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rezagados y de los grupos más vulnerables²², la descentralización se constituyó en la estrategia de mayor importancia ya que se le consideró como la opción correcta para revertir el proceso de concentración

²⁰ Soberón A.Guillermo,(1987) "El cambio estructural en la salud. I. Estructura y funciones de la Secretaría de Salud, del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud", Revista de Salud Pública de México, No. 2, Vol.29, marzo-abril, pp.127-140

²¹ El PSS pretende consolidar al SNS y garantizar los mecanismos para hacer operativo el derecho a la protección a la salud. El programa sectorial está conformado por trece programas sustantivos y tres programas de apoyo: **Programas sustantivos:** atención médica, atención materno-infantil, salud mental, prevención y control de enfermedades, educación para la salud, nutrición, salud ocupacional, contra adicciones, salud ambiental, saneamiento básico, control sanitario, planificación familiar y asistencial social. **Programas de apoyo:** Investigación, Formación de Recursos Humanos e Información. Sistema Nacional de Salud. Avances y Perspectivas, p.56.

²² Soberón, G., J. Kumate y J. Laguna (compiladores) (1988) :La salud en México: Testimonios 1988. El cambio estructural, Tomo I, FCE, México.p.48.

nacional que se manifestaba en graves desigualdades regionales. En el ámbito sanitario, se pretendía que el proceso descentralizador permitiera ampliar las coberturas, mejorar la calidad de los servicios y conciliar la eficiencia en la prestación de la atención y los derechos de los trabajadores.²³

Entre los propósitos explícitos de la descentralización, se identificaron el abaratamiento de los costos y la racionalización del gasto en salud, al distribuir las competencias entre los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal con objeto de sumar esfuerzos financieros.²⁴

Las bases para la descentralización se iniciaron con la reforma al Artículo 4o. Constitucional, que elevó a garantía social el derecho a la protección a la salud de la población y estableció la concurrencia en materia de salubridad general entre la federación y las entidades federativas.²⁵ El 30 de agosto de 1983, en el Diario Oficial de la Federación, se publicó el decreto presidencial en el que se establecieron, las bases para la transferencia gradual de los servicios que prestaba la Secretaría de Salud.

23 Plan Nacional de Desarrollo, 1984-1988.

24 Ruiz Massieu, Francisco (1984) , "La descentralización de los servicios de salud", Salud Pública de México, Vol.26, Núm.1, enero-febrero, México, p.15

25 Secretaría de Salud, (1983), "Las reformas jurídicas para el SNS", Cuadernos de la SSA, Núm.1, México, pp.11-21.

Para la descentralización de los servicios de salud ²⁶ se integraron los **Sistemas Estatales de Salud (SESA)** principalmente operativos y se transformó a la Secretaría de Salud en una dependencia normativa, de supervisión, programación y evaluación, por lo que se propuso proceder de manera gradual; impedir el deterioro de los servicios; respetar los derechos de los trabajadores; considerar las características particulares de las entidades federativas y ajustar el proceso a sus condiciones jurídicas, políticas, técnicas y administrativas, como estrategia para contribuir a la conformación del SNS, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención. ²⁷

El proceso de descentralización contempló dos vertientes ²⁸:

a) La desconcentración de las facultades a los **Servicios Coordinados de Salud Pública en los Estados (SCSPE) y en el Distrito Federal (SCSPDF)** mediante la transferencia de facultades, programas y recursos de las unidades administrativas de la

26 La descentralización consiste en la transferencia de facultades, programas y recursos a una entidad con personalidad jurídica y patrimonio propio, con autonomía técnica y orgánica, aun cuando a nivel central se conserven las atribuciones de planeación, normatividad, control y evaluación de funciones. Otro componente fundamental de la descentralización de los servicios de salud, fue la redefinición del financiamiento. En este proceso, se identifican dos tendencias: 1) el incremento y reorientación de los recursos financieros federales y estatales y, 2) la diversificación de las fuentes de financiamiento que involucra convenios de cofinanciamiento y aportaciones directas de la sociedad.

27 Oszlak, Oscar. "Descentralización de los sistemas de salud. El Estado y la salud", en: Paganini, J. y R. Capote (Editores): Los sistemas locales de salud. Conceptos, métodos y experiencias, Publicación Científica, Núm. 519, OPS, Washington, p. 59

28 Espinoza F. Jorge, (1986), "Descentralización y desconcentración de las funciones de regulación, control y fomento sanitario", *Memoria de Seminario-Taller de capacitación para la regulación, control y fomento sanitario*, Tlaxcala, México, octubre, p.86; en López Arellano, Op.cit, p.45.

Secretaría de Salud a las unidades administrativas de los Servicios Coordinados de Salud Pública con autonomía técnica, pero sin personalidad jurídica, ni patrimonio propio y bajo las normas y el control jurídico del centro.

b) La descentralización propiamente dicha, a través de la creación de los Sistemas Estatales de Salud.

El avance del proceso descentralizador en los estados fue desigual y enfrentó los siguientes problemas:

a) *Financieros*: insuficiencia en la asignación y disponibilidad de recursos (contribución estatal insuficiente, falta de oportunidad en la distribución de los recursos federales, uso de "candados" financieros y disminución en términos reales del financiamiento por el fenómeno inflacionario y por el recorte al gasto destinado a salud y seguridad social).

b) *Laborales*: persistencia del modelo centralizado en el manejo de personal por razones sindicales. Oposición de la Federación de Sindicatos de Trabajadores al Servicio del Estado (FSTSE) al proceso de descentralización; negativa de los gobiernos locales a estatizar al personal de los servicios de salud por las repercusiones económicas y políticas para los estados; restricciones severas en la apertura de plazas y contratación

de personal; imposibilidad financiera y laboral para garantizar la homologación funcional (categorías y salarios).

c) *Recursos materiales*: insuficiencia de recursos financieros, de infraestructura y de canales adecuados de distribución que generaron desabasto de insumos y equipo médico, en el nivel jurisdiccional y saturaron la capacidad de almacenamiento, conservación y mantenimiento de los niveles estatal y local. Nunca se llegó a más del 76% de la capacidad de abastecimiento.

d) Los derivados de la "horizontalización" de programas verticales. La "horizontalización" de los programas verticales de control de enfermedades se caracterizó por: falta de capacidad técnica y financiera de los servicios estatales para asumir de manera integrada las acciones de cada programa; rigidez en los procedimientos administrativos de los Sesa que impidió la gestión oportuna de recursos, equipo y materiales; resistencia del personal para incorporarse como recursos humanos "regulares" bajo la jerarquía jurisdiccional y estatal, etc.

Sin embargo, en la evaluación del proceso descentralizador se dejaron de lado aspectos fundamentales como la permanencia de programas de control de enfermedades, la homogeneización e incremento en la calidad de la atención médico-sanitaria y su impacto sobre la salud de las poblaciones, ya que sólo se consideraron indicadores de servicios

prestados y de coberturas potenciales. Puede señalarse también, que el desarrollo de la descentralización, en el marco del "nuevo federalismo" impuesto por las directrices de la política neoliberal en México, facilitó el retraimiento del Estado en la producción de servicios y en el financiamiento, así como en el desplazamiento del quehacer estatal hacia diversos grupos. Como consecuencia, el traslado de responsabilidades y problemas de la Federación a los Estados, sin la transferencia de la capacidad resolutive, técnica y financiera, produjo serias fallas en la operación de los servicios y programas, así como un desmantelamiento (por lo menos temporal) de éstos. Asimismo, se favoreció el traslado de los costos de la atención y del mantenimiento de los servicios a los usuarios ²⁹

Por otra parte, la redefinición de grupos de poder dentro de la burocracia de las instituciones del sector salud, confrontó a las cúpulas del IMSS y de la SSA principalmente. En una dinámica de liberalismo económico, pero de creciente autoritarismo en el plano político, los trabajadores de la salud organizados y los usuarios no tuvieron la capacidad de rescatar el potencial de la descentralización, ni de avanzar en propuestas para modificar las tendencias de desarrollo de los servicios. La oposición de algunos gobiernos estatales, (en Michoacán, con Cuauhtémoc Cárdenas), la insuficiencia de recursos financieros (federales y locales), para apoyar el proceso descentralizador, las pugnas de las cúpulas burocráticas institucionales y el deterioro sanitario, fueron los determinantes por los que este proceso quedó inconcluso. En los casos en que se

29 López Arellano, y Blanco Gil (1993) Op. cit. p.52

concretó, prevalecieron las formas autoritarias y clientelistas, con privilegio de la atención de bajo costo, en donde programas y servicios de las instituciones que atendían a una población sin seguridad social, prácticamente fueron desmantelados, profundizando la desigualdad en el acceso a servicios de salud de calidad. El proceso descentralizador y las medidas de coordinación, resultaron insuficientes para modificar las tendencias de desarrollo de las diversas instituciones. Más bien, se profundizaron las diferencias de recursos y se consolidaron tres subsistemas, cada uno con características, prioridades y universos poblacionales claramente distinguibles: las instituciones que podrían atender a la población abierta (SSA, IMSS-Coplamar), las instituciones de seguridad social y el subsistema de atención privada al que podría acceder la población con posibilidades de pagar el costo de este tipo de atención.³⁰

Como resultado, el modelo económico adoptado por el gobierno mexicano en la década de los ochenta, se expuso en un modelo de atención médica donde el sector público reconoció su incapacidad para gestionar los servicios de salud y dejó espacios -antes regulados por el Estado- al juego de las fuerzas oligopólicas del mercado que, aparentemente, garantizaría una mayor eficiencia y calidad, aun a costa de aumentar la inequidad. Se evidenció así, una decisión política de "sanear" la economía, haciendo

30 Ibid. p.52

rentables los servicios públicos, aunque esto implicara mantener y profundizar la desigualdad.³¹

Cristina Laurell³² encontró que, a pesar de las reiteradas declaraciones del carácter prioritario de la atención a la salud, se dió un importante recorte presupuestal ya que, en 1990, el presupuesto de todas las instituciones de salud era menor que en 1982. En opinión de Cristina Laurell, la caída de los presupuestos se convirtió en el determinante financiero del deterioro del sector público y constituyó un notable impulso a un proceso selectivo de privatización que tendría importantes efectos sobre la seguridad social pública si se llegara a modificar su legislación en lo referente a los servicios médicos.

Un primer paso en esta dirección tuvo lugar al ser aprobado el Sistema de Ahorro para el Retiro (SAR), bajo la figura jurídica del fondo de capitalización individual administrado por la banca privada. Laurell³³ advirtió que se rompía así el paradigma mexicano de seguridad social ya que se sustituyeron los fondos comunes con fondos individuales, lo que equivalía a deshacerse del "principio solidario", basado en el pago según ingreso y beneficios según necesidades, a favor del "principio de equivalencia", que significaba

31 ibid. p.53

32 Laurell, A. Cristina. (1996), "El compromiso social" en De la Fuente, J. Ramón y Rodolfo Rodríguez (Coords.) La educación médica y la salud en México. Siglo XXI, México, p. 100.

33 Laurell. Op. cit. p. 101.

beneficios en función del monto pagado, y cedía la administración de estos fondos públicos a los privados.

El crecimiento de la participación privada en salud tendería a formalizar seguros para la prestación de servicios médicos e impulsaría así el traslado de una parte de los asegurados de la seguridad social pública al sector privado (seguros de gastos médicos). En opinión de Laurell, la pérdida de las contribuciones de dichos asegurados agravaría el desfinanciamiento de las instituciones públicas de seguridad social.

Este desfinanciamiento haría más difícil el mantener la calidad del servicio ya que, de acuerdo con la autora citada, se provocarían dos problemas: por una parte, se originaría una creciente desigualdad entre los distintos grupos y clases sociales en términos de su acceso real a los servicios, así como en el tipo y calidad de los servicios disponibles para cada uno de ellos. El segundo problema tendría que ver con el surgimiento de un conflicto laboral prolongado, puesto que buscaba solucionar las contradicciones originadas por la restricción de recursos reduciendo los salarios de los trabajadores de las instituciones. A ello se agregaba, señala Laurell, un proceso de descalificación del trabajo institucional y el deterioro de las condiciones de trabajo.

En este contexto y ante la necesidad de efectuar cambios en el sector salud, se vislumbraban, a juicio de Laurell ³⁴, dos posibles proyectos: uno el neoliberal³⁵ y, otro, el que planteaba fortalecer y transformar las instituciones públicas en formas como las siguientes: el refinanciamiento de éstas y la constitución de un servicio único de salud, universal e igualitario; su democratización y desburocratización; la revaloración del trabajo institucional; el mejoramiento de su capacidad resolutive y la garantía de los derechos de los usuarios.

En síntesis, las políticas de corte neoliberal adoptadas por el gobierno mexicano en el periodo comprendido entre 1982 y 1994, rompieron con el papel "benefactor" jugado por el Estado durante cuatro décadas. Se transitó de un control estatal a la creciente "regulación" de las fuerzas del libre mercado, se redujo la participación del Estado a un mínimo de servicios que solo irían a "beneficiar" a un grupo de marginados en condiciones de extrema pobreza. Es así que se produjo el "desmantelamiento" de la vertiente del "bienestar" del Estado. Este proceso se manifestó en la contracción del gasto público y del gasto social, así como en la contracción salarial, el desempleo y la disminución del rubro "desarrollo social" dentro del gasto público.

34 Ibid. p. 104.

35 Cristina Laurell menciona que el estado "liberal", que basa una parte importante de la previsión social en mecanismos de mercado, no ha logrado generar condiciones de equidad para sus ciudadanos, tal es el caso del sector salud de los Estados Unidos, dominado por el aseguramiento y producción de servicios privados. El resultado es que este país es el que más gasta en salud, el 12 % del PIB, y, sin embargo, es también el único país desarrollado que no garantiza acceso de toda su población a los servicios de salud: el 15 % no está asegurado y otro 10 % sólo está subasegurado, con el resultado de que alrededor de 100 000 personas fallecen anualmente por falta de atención. Ibid., p. 105.

En cuanto a la política social, impuesta por el neoliberalismo, ésta se expresó básicamente en la redefinición de los vínculos del Estado-sociedad, en donde la responsabilidad del Estado de garantizar los derechos sociales como la salud, educación, empleo, vivienda, etc., se vió desplazada hacia los individuos o grupos. Sin embargo, para controlar algún "posible estallido social" (recuérdese el levantamiento en Chiapas del EZLN y la controvertida elección de Salinas de Gortari), se planteó el "combate a la pobreza extrema" de los grupos más marginados, mediante servicios públicos de bajo costo. *

De esta manera, el proyecto neoliberal inició, al disminuir el financiamiento en el sector salud, un nuevo proyecto modernizador basado en la descentralización de los servicios de salud, la cual apareció como una estrategia para reducir daños, extender la cobertura e incrementar la calidad de los servicios y abaratar los costos.

Sin embargo, los efectos que tuvo la "descentralización" no fueron los esperados, ya que por una parte se dejaron de lado la permanencia de programas de control de enfermedades y el incremento en la calidad de la atención médica, y por otro lado, al transferir las responsabilidades y problemas de la Federación a los estados, sin que a estos se les otorgara una capacidad resolutoria, tanto en lo técnico como en lo financiero, se produjeron serias fallas en la operación de los servicios y programas. Es así, que uno de los propósitos de la descentralización, el extender la cobertura e incrementar la calidad

de atención de los servicios de salud, no se alcanzó. A lo anterior cabe agregar el deterioro de las condiciones de trabajo y la reducción salarial de los empleados del sector salud como elementos de posible influencia negativa en la calidad de la atención médica proporcionada a los usuarios.

CAPITULO 2.

ANALISIS DE TRES PROPUESTAS PARA EVALUAR LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

Como ya se mencionó, uno de los propósitos de la descentralización de los servicios de salud era incrementar la calidad de la atención en el área de la salud, objetivo que no se alcanzó por diversas causas, entre ellas pueden señalarse la desigual distribución de los recursos financieros, la falta de capacidad resolutive a nivel estatal, en lo financiero y lo técnico. Por otra parte, hay que identificar los aspectos que, a nivel particular, intervienen para que la calidad de atención médica sea óptima. Es por esta razón, que el objetivo de este capítulo es analizar las características que intervienen para alcanzar y otorgar un servicio de salud con calidad. Para esto se presentan tres propuestas de evaluación de la calidad de la atención médica.

Cabe mencionar que en México las instituciones de seguridad social y en especial las del sector salud, han pasado (desde su creación), por procesos de institucionalización, de desarrollo y de profundas crisis. Hoy en día, las instituciones médicas, se enfrentan al desafío de la "modernización", a través de una política gubernamental dirigida a ampliar la cobertura de la atención médica, incrementar la productividad y otorgar mejores servicios, en forma más eficiente y con mayor calidad.

El interés por parte del gobierno en torno a la problemática de la calidad de la atención médica, responde a varias circunstancias, entre las que pueden citarse:

a) El ajuste económico y político.

- b) La necesidad del sector salud de establecer políticas de control de los costos innecesarios, provenientes de deficiencias en la atención a los pacientes.
- c) Aunque no es frecuente en México, la posibilidad de enfrentar demandas judiciales que por errores de diagnóstico o tratamiento pudieran ejercerse contra el personal médico y paramédico.
- d) La necesidad de contar con mecanismos que garanticen, a derechohabientes y beneficiarios, una atención adecuada y de calidad a fin de que los recursos invertidos en el servicio sean realmente una inversión y no una pérdida.
- e) La búsqueda de legitimidad del gobierno a través de estas acciones.

En este sentido, para el Estado, resulta importante probar que las políticas por él instrumentadas son eficientes, viables y adecuadas. Por ello, la evaluación es una de las fases del proceso de planeación adoptadas por la administración pública federal del sector salud, dada la relevancia de la evaluación como mecanismo de validación más que de diagnóstico ya que tras esta aparente preocupación oficial por medir y juzgar los efectos e impactos de sus políticas y acciones, descansa la necesidad de generar consensos políticos amplios al tiempo que se impiden rupturas sociales. Por esta razón en el presente capítulo se describen y comparan tres documentos que plantean procesos para evaluar la calidad de la atención médica. Los documentos a analizar incluyen: el enfoque del Doctor Avedis Donabedian, el documento de evaluación de la

calidad de atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el documento elaborado por un grupo interinstitucional (IMSS, ISSSTE, SSA).

El primero, contribuye teóricamente al estudio de la calidad de la atención médica; el documento del IMSS se analiza por ser esta institución la instancia más importante e impulsora de la evaluación de la calidad de atención en México. El tercer documento, representa el esfuerzo del sector salud por homogeneizar y unificar los indicadores y normas por las cuales deberán regirse las instituciones del sector salud para evaluar la calidad de la atención.

1) La teoría del Doctor Avedis Donabedian

Donabedian tiene una extensa trayectoria en el campo de la investigación de la calidad de la atención médica. Desde 1962 ha elaborado una serie de escritos sobre el tema, y es considerado una autoridad a nivel mundial.

Su propuesta de investigación consiste en una revisión permanente, continua, y un monitoreo de la calidad de la atención médica. Uno de los postulados esenciales es el relacionado con las características personales del prestador de los servicios y la satisfacción del usuario, basado en tres momentos fundamentales: la estructura, el proceso y el resultado.

Para Donabedian la calidad "... es una propiedad de la atención médica que puede ser obtenida en diversas medidas. Esa propiedad puede ser definida como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios posibles se definen, a su vez, en función de lo alcanzable de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes".³⁶

En el concepto de calidad, Donabedian distingue dos dimensiones relacionadas: la "técnica" y la "interpersonal". La "técnica" consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas a la solución del problema de salud del paciente de una manera que rinda el máximo de beneficios para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La relación "interpersonal" se rige por valores y normas socialmente definidos, que gobiernan la interacción de los individuos en general y en situaciones específicas. El nivel de calidad, por tanto, se mide por el apego a valores, a normas éticas, a las expectativas y aspiraciones de los pacientes. Dentro de esta dimensión, señala el autor, puede incluirse un tercer componente que se denomina "amenidades", las cuales identifica como las condiciones físicas en las que se otorga el servicio, por ejemplo: la

³⁶ Donabedian Avedis, (1984), La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México, p.6

comodidad y privacidad de las habitaciones del hospital, la óptima ventilación y confort de la sala de espera, así como la luz y espacio de la misma.

Donabedian señala que es difícil establecer juicios sobre la calidad, pues frecuentemente, ésta no se realiza sobre la atención médica en sí, sino indirectamente sobre las personas que la proporcionan y en el marco o sistemas donde se imparte. Por ello, el peso de la subjetividad en la valoración de la calidad de los servicios es fuerte pues ésta va a estar dada desde la perspectiva de cada uno de los actores participantes en el proceso, es decir, la del médico, la del usuario y la social.

Bajo esta lógica, la postura de los profesionales de la salud define a la calidad de la atención como el tratamiento que es capaz de lograr el mejor equilibrio entre los beneficios de salud y los riesgos. A esta definición, Donabedian la considera "absolutista" por ser la que se establece desde el punto de vista del prestador del servicio exclusivamente. Sostiene también este autor que la función principal de la atención médica es mejorar el bienestar del paciente.

Cabría hacer un comentario con respecto a los profesionales de la salud, dado que, en la mayoría de los casos, de acuerdo con el modelo hegemónico que impera en el sector, el médico ve al enfermo como un ente biológico, individual, del cual ignora su

pertenencia a un entorno histórico-social.³⁷ Además, la relación médico-paciente está muy deteriorada por diversas causas como son la tecnificación, especialización, masificación y la comercialización de la medicina. En la medicina pública es donde se da con mayor frecuencia la despersonalización y mal trato al paciente. Esto se debe, entre otras causas, a la falta de estímulos al trabajador y a la excesiva carga de trabajo.³⁸

La segunda perspectiva que Donabedian trabaja es la definición "individualizada", que toma en cuenta los deseos, expectativas, valoraciones y medios del paciente. Sin embargo, los pacientes son diferentes unos de otros, en el tipo y periodo de su enfermedad, así como en las características demográficas y sociales que influyen sobre el tratamiento y la respuesta del enfermo. En este caso, es necesario considerar la inclusión de los costos monetarios, siempre y cuando el paciente pague una parte de ello.

La tercera, es la definición "social" de la calidad, donde interviene un nuevo criterio: además del beneficio neto agregado (o utilidad neta) para toda una población, se vuelve muy importante la distribución social de dicho beneficio entre la población. Este se refiere básicamente, al impacto económico y social que va a tener entre la población

³⁷ Menéndez E. "El modelo médico y la salud de los trabajadores" en La salud de los trabajadores. F. Basaglia Ed. Nueva Imagen

³⁸ De la Fuente, Juan Ramón (1997) "Las necesidades institucionales" en La educación médica y la salud en México, Siglo XXI, pp.73-82

la distribución del presupuesto y la forma cómo es asignado, ya que puede favorecer a un grupo y a otro no." La sociedad puede valorar en forma diferenciada la salud y el bienestar y estas variaciones responden a su sexo, ocupación, edad, etcétera. Esto puede reflejar valores sociales, consideraciones económicas o influencia y poder políticos. Las valoraciones sociales, entonces, pueden descansar en lo que es socialmente aceptado más que en lo que es socialmente justo".³⁹ Sin embargo, la problemática en México nos lleva a plantear que la distribución social del servicio de salud público es desigual, e inequitativo, ya que por lo general, quienes han sido excluidos del empleo también carecen de servicios y satisfactores básicos. Tanto en el nivel de asegurados como en el de la población abierta, la injusta distribución del presupuesto así como la deficiente administración, se recrudecen en los niveles estatal y regional, lo que influye en el hecho de que la atención a los sectores más pobres de la sociedad y a quienes viven en las localidades más apartadas se ofrecen, por lo general, los servicios de menor calidad.

Asimismo, la calidad está influida por el tipo de servicio sugerido por los profesionales y aceptado por el paciente, por la distribución social de los servicios y sus beneficios, es decir, cuando el enfermo tiene la posibilidad de pagar el servicio médico, éste puede elegir el centro hospitalario y al médico especialista de su preferencia. El costo de la

³⁹ Donabedian A. Op.cit. p.20

atención, en la medida en que está sufragado por el paciente, es un factor que influye sobre la accesibilidad y es también parte de la definición de la calidad.

La accesibilidad, la continuidad y la coordinación son atributos de la atención que influyen sobre su calidad pero que permanecen separados de ella. La satisfacción del paciente, además de ser un elemento de salud psicológico, es un objetivo y resultado de la atención. Asimismo, influye sobre el acceso al cuidado, ya que es más probable que un paciente satisfecho vuelva a buscar la atención médica.

Sin embargo, la evaluación de la calidad que realiza el paciente, expresada como satisfacción o insatisfacción, puede ser subjetiva, en el sentido de que pueden influir en él los aspectos físicos y de confort de la atención, (por ejemplo la comodidad y privacidad de las habitaciones, la buena ventilación y la suficiente iluminación, etc.), así como los aspectos técnicos del tratamiento, (terapias de rehabilitación, estudios de laboratorio y de gabinete, etc.), las características de la atención interpersonal (relación médico-paciente y paciente con personal paramédico y administrativo) y las consecuencias fisiológicas, físicas, psicológicas o sociales de dicho cuidado, todo esto influye en la satisfacción del paciente.

Otro aspecto que toma en cuenta el Dr. Donabedian es el grado de satisfacción de los profesionales del sector salud, ya que una sensación de satisfacción general puede

favorecer el mejor desempeño del profesional. Sin embargo este tema lo aborda en forma general, es decir, contempla aspectos tales como la comunicación con los compañeros, el uso de instalaciones y equipo técnicamente avanzados, oportunidades de dar consultas, pero no plantea la necesidad de la participación en la toma de decisiones respecto de lo establecido en la jornada de trabajo, el ritmo, el salario, etc., que podrían tener un significado en la relación de la calidad de la atención que se brinda.

Es así que Donabedian, al tomar en cuenta los elementos antes mencionados, elabora una teoría basada en tres momentos fundamentales: **la estructura, el proceso, y el resultado.**

a) **La estructura**, refleja las características relativamente estables de los proveedores de atención, de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance y los lugares físicos y organizacionales donde trabajan. Incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar atención médica, el número, distribución y calificaciones del personal profesional y el número, tamaño, equipo y disposición geográfica de los hospitales y otras instalaciones; el financiamiento y la prestación de servicios de salud, la manera como los médicos llevan a cabo su trabajo, en la práctica individual o en grupos, y también la forma en cómo son retribuidos. La estructura incluye la organización del personal médico y de enfermería de un hospital y la

presencia o ausencia de un esfuerzo de revisión de la calidad y sus características. La estructura es relativamente estable, funciona para producir atención o es un atributo del "ambiente" de la atención e influye sobre la clase de atención que se proporciona.

b) El **proceso** de la atención médica engloba una serie de actividades que se llevan a cabo por y entre profesionales. En este sentido, la base sobre la que se fundamenta la evaluación de la calidad, es la relación médica y las consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y la sociedad, de acuerdo con el valor que el individuo y la sociedad den a la salud y al bienestar. Esta relación está dada también por normas y juicios éticos previamente establecidos. En esta fase han de considerarse aspectos como: la oportunidad y el retraso en buscar cuidado, los patrones de utilización según tiempo, lugar, tipo de enfermedad o razón para buscar atención, la pertinencia del diagnóstico y el tratamiento, la adhesión del personal al horario de la clínica y la forma en que se atiende al paciente (interés, cortesía, respeto por su autonomía, mantenimiento de privacidad)

c) Los **resultados**, significan un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente, que puede ser atribuido al antecedente de atención médica. Al postular una definición amplia de la salud, incluye el mejoramiento de la función social y psicológica, además de los aspectos físicos y fisiológicos. Añade también las actitudes del paciente (incluyendo su satisfacción en aspectos como el equipo, los recursos, las calificaciones

de médicos y enfermeras y la oportunidad de hacer consultas), el conocimiento que haya adquirido sobre la salud y el cambio en su comportamiento relacionado con la salud. Estos resultados los ve Donabedian como componentes de la salud presente o como contribuciones para la salud futura.

Es así que, " la estructura es definida, como todos los insumos requeridos para que exista un proceso de atención, y la forma en la que estos insumos se organizan. El proceso lo define como el conjunto de interacciones y actividades que dan contenido a la atención médica y los resultados es el producto directo de la combinación de estructura y proceso. De esta manera, la calidad puede ser evaluada desde cualquiera de estas tres perspectivas".⁴⁰

Observamos, así, que hay una relación funcional entre los tres momentos (estructura, proceso y resultado) para la evaluación de la calidad:

Las características estructurales de los lugares en donde se brinda la atención tienden a influir sobre el proceso de atención disminuyendo o acrecentando su calidad. De igual forma, los cambios en el proceso de la atención, incluyendo las variaciones en su calidad, influirán en el efecto de la atención sobre el estado de salud.

⁴⁰ Ruelas Barajas, Enrique (1997) "Encuentros y desencuentros" en La educación médica y la salud en México, Ed. SigloXXI, p. 205

Donabedian presenta una clasificación de los aspectos que considera deben tomarse en cuenta para evaluar la calidad de la atención y aplica su método a cada uno de estos aspectos:⁴¹ accesibilidad física y socioorganizacional, el tratamiento técnico, el manejo del proceso interpersonal y la continuidad.

En síntesis, Donabedian propone realizar una revisión periódica de la estructura, hacer un seguimiento continuo del proceso y, para conocer los resultados y la solución a los problemas de los mismos, establecer un sistema de monitoreo de la calidad de la atención médica y actividades de vigilancia permanente a través de indicadores de salud y de los servicios.

Donabedian concluye que: "... cuando se elabora un método de evaluación o monitoría, cada elemento que se selecciona para indicar la calidad, ya sea un aspecto del proceso o del resultado, debe caracterizarse en relación con las propiedades de validez, innovación, costo, oportunidad, factibilidad y valores. Y esta caracterización debe, a su vez, ser evaluada en relación con los objetivos del método de evaluación y monitoría y los detalles del lugar o ambiente en el que va a introducirse y utilizarse".⁴²

⁴¹ Donabedian, Op. cit. p.115-119

⁴² Ibid. p. 150

El autor nos indica que, en cualquier sistema de monitoría, la medición del resultado es sólo el primer paso en una sucesión de actividades. A fin de emprender una acción correctiva, se deben conocer e identificar los errores en el proceso, lo que conducirá a un examen de las características estructurales que condujeron o contribuyeron a esa conducta inferior a la óptima. Estas actividades necesarias reafirman la interconexión e integridad de la cadena estructura-proceso-resultado. Y es sobre estos cimientos que cualquier método de evaluación y monitoría debe finalmente basarse.

Así, el modelo que Donabedian propone, toma en cuenta aspectos tales como: accesibilidad a los servicios de salud, el tratamiento técnico que se refiere a la aplicación de conocimientos y tecnología para la solución del problema de salud, el manejo de las relaciones interpersonales que se establecen entre el médico y el paciente, en donde se propone un nuevo tipo de relación basado en el interés del paciente no sólo a nivel físico, sino personal y social, centrados en los prestadores de este servicio, actores fundamentales del sector salud, recuperando elementos como los relacionados con la satisfacción del personal en el ejercicio de su práctica profesional, y con la percepción de un ingreso congruente con la magnitud y responsabilidad del trabajo. Para Donabedian, la "satisfacción" del profesional, se queda a nivel de ingresos y/o gratificaciones, y a su desempeño en cuanto alcanza objetivos tales como, un buen diagnóstico, un acertado tratamiento, o una buena relación personal y profesional con

el paciente y sus compañeros, indicadores que no aluden a la situación laboral ni a las condiciones y medio ambiente de trabajo que forman parte de la estructura misma del sistema de atención a la salud que se pretende evaluar.

2) La evaluación de la calidad de la atención médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).⁴³

El IMSS ha sido la primera institución interesada en realizar estudios para evaluar la calidad de la atención médica. El Seguro Social es la realización del proyecto de medicina social más importante de México, con una medicina de alto nivel puesta al servicio de los trabajadores. Representa un movimiento de grandes flujos financieros, de grandes masas y de grandes objetivos, que busca resolver los grandes problemas de bienestar y de calidad de vida de los mexicanos. ⁴⁴

⁴³ El IMSS se creó hace 45 años como resultado de un acto de voluntad política para dar salud y seguridad social a los trabajadores de México. Es un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, compuesto éste a partir de las cuotas obrero patronales que forman parte de los salarios de los trabajadores. Salinas Montoya Imelda C. (1992). Evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades de medicina familiar en los servicios de salud. (Investigación realizada en las Unidades de Medicina Familiar de la Subdelegación de Tlalnepantla, Estado de México), ENEP IZTACALA, UNAM-IMSS. Tesis de Maestría, México, pp.46-47.

⁴⁴ Barquín, C. (1989), " Hospital la Raza: 35 años", Cuestion Social IMSS, México, vol. 15 pp. 15-25.

En 1957, en esta institución se creó la Comisión de Supervisión Médica que, con el correr del tiempo, se constituiría en un área de Evaluación y se inició la aplicación de un método para evaluar la calidad de la atención médica, a partir de la revisión de expedientes clínicos. Posteriormente se normó la operación y funciones de los comités médico-asistenciales de unidades médicas; de Evaluación del Expediente clínico; de detección, prevención y control de infecciones hospitalarias; de tejidos; de mortalidad y de investigación.⁴⁵

Entre 1970 y 1976, la evaluación médica en el IMSS adquirió mayor importancia. Comenzaron a publicarse temas sobre auditoría médica, la evaluación de la relación médico-paciente, y la mortalidad como indicador de calidad, etc., cuyos autores eran trabajadores del IMSS, y se elaboraron las primeras normas de operación de Comités de Evaluación a finales de los años 70's.⁴⁶

En los 80's se organizaron los círculos de calidad, y se utilizaron escalas cuantitativas para la medición del grado de calidad mediante observaciones del expediente clínico y otros estudios dirigidos a las relaciones interpersonales médico-paciente. Las

⁴⁵ Aguirre-Gass, Hector: (1990) , "Evaluación de la calidad de la atención médica: expectativa de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas", Salud Pública de México, vol. 32 pp. 170-190.

⁴⁶ Ruelas Barajas Enrique, (1992) , "Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones", Salud Pública de México, vol., 34,(suplemento), México, pp. 29-45.

publicaciones médicas se interesaron por el análisis de los costos y su impacto en la calidad, así como por el análisis de la satisfacción del trabajador y su impacto en la calidad de los procesos en hospitales y unidades de primer nivel.

En 1984 se promulgó la Ley General de Salud, cuyo artículo 6º. estipula que uno de los objetivos del Sistema Nacional de Salud es el de "Proporcionar servicios de salud a toda la población y mejorar la calidad de los mismos".⁴⁷

En el período que nos ocupa, (1982-1994) en el IMSS, el estudio de la calidad médica se inicia y termina con la satisfacción del usuario, que incluye a su vez la interrelación de elementos previos para lograr con ello los siguientes objetivos: mejoría continua, el liderazgo y el desarrollo de programas de capacitación que ven en la calidad una dimensión encaminada a la transformación cualitativa del servicio y orientada hacia el usuario y al trabajo en equipo. Este análisis toma en cuenta la medición de la calidad del servicio a través de procesos para evaluar, no sólo el comportamiento y satisfacción del usuario, sino el comportamiento del prestador de servicios.⁴⁸

⁴⁷ Ley General de Salud (1991). Séptima Edición. México; Editorial Porrúa.

⁴⁸ Documento: "Evaluación de la calidad de la atención de las unidades médicas del I.M.S.S.", Subdirección General Médica, (1987) IMSS, México pp. 150-165.

Algunos objetivos y metas del programa de trabajo del IMSS para 1991-1994 de acuerdo a la modernización de la estructura y los esquemas de funcionamiento incluían: a) mejorar la calidad de vida de la población, b) ampliar la cobertura de los servicios de atención primaria de la salud a toda la población ubicada en zonas de menores ingresos, urbanas y rurales, c) elevar la calidad, calidez y oportunidad de los servicios de salud tanto en la atención primaria como en los niveles de especialización, d) modernizar el sistema de salud a partir del fomento de una cultura de prevención y autocuidado de la salud individual, familiar y colectiva, e) proteger los medios de subsistencia para el bienestar de la población derechohabiente con calidad y calidez, y f) impulsar el mejoramiento de la salud por medio de eventos culturales, deportivos, de recreación física y mental en un contexto ecológico y social propicio para el desarrollo humano.⁴⁹

En el marco de sus políticas internas el IMSS elaboró en 1987, un documento intitulado Evaluación de la Calidad de la Atención en las Unidades Médicas del IMSS, realizado por la Subdirección General Médica y la Jefatura de Servicios de Hospitales. Este rastreo tenía como objetivo principal contribuir a la prestación de los servicios médicos con oportunidad, cortesía, calidad, eficiencia y sentido social y humanitario. Los objetivos específicos de este documento incluyeron, primero, proporcionar a las

⁴⁹ Salinas Montoya I., Op.cit, p.51.

autoridades médicas una herramienta de trabajo, que les permitiera conocer el diagnóstico situacional de las unidades hospitalarias, y, después, identificar los problemas que afectaban la calidad de la atención y la eficiencia en la prestación de los servicios.

La evaluación debería realizarse en forma programada, sistemática, permanente y continua, con el fin de identificar oportunamente la problemática que se presentara, generar los procedimientos de solución inmediata y realizar el seguimiento de los mismos. Un aspecto que es importante señalar, es la participación tanto del evaluador como del evaluado, con el fin de examinar y detectar en equipo, los posibles problemas.

El documento del IMSS para evaluar la calidad de la atención médica se diseñó para ser aplicado en Unidades pequeñas de primer nivel, en hospitales generales, zonales y regionales y en hospitales de alta especialidad, contando con una cédula de evaluación y su respectivo instructivo. Asimismo, se reglamentó el correcto funcionamiento de los Comités Médicos con los cuales debería contar cada unidad: Comité de detección, prevención y control de las infecciones hospitalarias; Comité de evaluación del expediente clínico; de mortalidad; de tejidos y de investigación.

Se le dió una mayor importancia al Comité del expediente clínico, pues este era el instrumento tradicional para evaluar la calidad con que se otorgaba la atención por el personal médico. Su función primordial era la verificación de la calidad de los registros en expediente, tanto en presentación como en contenido, como reflejo de la calidad de la atención médica.

En este documento, la calidad en la prestación de servicios se enfoca desde varias expectativas:

1) A nivel *institucional*.- La institución pretende que la atención que proporciona el trabajador a los pacientes se de con: oportunidad, calidad, (conforme a las normas y programas de la institución), dentro de los rangos de productividad esperados; acorde a su presupuesto; abatimiento de la mortalidad y ausencia de quejas.

2) Del *trabajador*, quien pretende lograr la satisfacción en la realización de su trabajo, pero contando con instalaciones, equipo e instrumental apropiado, el reconocimiento por parte de sus superiores por el desempeño en su trabajo y una retribución económica de acuerdo a su responsabilidad y actividades.

3) Del *paciente*, el cual espera contar con servicios accesibles tanto en distancia como en transportación, con una buena atención brindada con cortesía y oportunidad, un

ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, etc.; información por parte del personal médico, paramédico y administrativo en cuanto a su tratamiento o trámites; resultados satisfactorios de la atención en cuanto a solución del problema que motivó el ingreso, diagnóstico, tratamiento, etc.

Se observa que en este documento se utiliza en forma parcial el modelo de Donabedian, ya que al revisar los instructivos y cédulas de evaluación que garanticen la calidad de la atención, se contempla la estructura organizacional de las unidades hospitalarias; la satisfacción tanto del trabajador, como del paciente y de la institución. Sin embargo se deja de lado el aspecto de la monitoria continua para dar solución y seguimiento de los aspectos detectados lo que impide otorgar una buena atención e ir solucionando los problemas.

Sin embargo, a pesar del esfuerzo realizado por el IMSS en lo que se refiere a elaborar una cédula de evaluación única, se puede observar que las unidades hospitalarias adaptan o cambian estas cédulas y las aplican de acuerdo a la normatividad vigente establecida por sus directivos.

3) La propuesta interinstitucional del IMSS, ISSSTE y SSA

Es importante mencionar que, cuando fue creado el Sistema Nacional de Salud en México, se promovió la aplicación de políticas y estrategias para consolidarlo a través del Programa Nacional de Salud 1984-1988 ⁵⁰, en el cual se subraya, entre otros aspectos, la necesidad de mejorar la calidad con que se otorga la prestación de los servicios de salud, por lo que en 1987 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud, cuyo objetivo fundamental fue elaborar una metodología para evaluar la calidad de los servicios.

Este grupo formuló el documento intitulado "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica de las Unidades Médicas del Sector Salud", con los objetivos de proporcionar un instrumento para integrar el diagnóstico situacional operativo de las unidades de atención médica con base en la aplicación de un instrumento uniforme de evaluación o autoevaluación, facilitar la identificación de problemas en la prestación de los servicios, plantear alternativas de solución y llevar a cabo el seguimiento de la que se considere más adecuada hasta su solución.⁵¹

⁵⁰ Secretaría de Programación y Presupuesto, Subsecretaría de Planeación del Desarrollo y de Control Presupuestal, (1985) "Programa Nacional de salud 1984-1988", México, pp. 4-130.

⁵¹ Ruíz de Chávez Manuel, Martínez Narvaez, Aguirre Gas Hector y col. (1990), "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención de las Unidades Médicas del Sector Salud", Salud Pública de México, Vol.32, p.156

Las autoridades lo consideran un documento único en cuanto a su formulación conceptual de objetivos políticos y ámbito de aplicación, que incluye la metodología para desarrollar una evaluación con fines no punitivos, sino de mejoramiento de la calidad en sí. Puntos relevantes del mismo son el señalamiento de la prioridad de los estudios de calidad de la atención en el que se marca su carácter permanente y periódico, es decir un sistema de monitoreo continuo.

Para el Grupo Básico Interinstitucional, la evaluación de la calidad de la atención médica es "el análisis metodológico de los factores ambientales y tecnológicos que intervienen en el proceso de la atención de los pacientes; asignando valores uniformes a cada concepto o componente para su estudio mediante una organización institucional establecida. La evaluación incluye el conocimiento del grado de satisfacción del usuario, del prestador de los servicios y de la institución; también se extiende a la formación de recursos humanos y al desarrollo científico del personal".⁵²

Un punto que es importante señalar es el que concierne a la participación tanto del evaluador como del evaluado, al analizar un determinado problema y establecer vías para su solución, brindando por parte del evaluador la asesoría que se requiere. Cabe

⁵² Ruíz de Chavez M. Op.cit. p.158

resaltar este señalamiento en el sentido del trabajo mutuo y enriquecimiento de ambas partes.

Este documento, lo mismo que los anteriores, toma en cuenta para evaluar la calidad de la atención, aspectos como son la infraestructura, equipo e insumos, recursos humanos, etc.

Las expectativas de calidad de la atención en unidades médicas se abordan desde 3 niveles: el institucional, el del trabajador y el paciente.

Desde el punto de vista institucional, la atención proporcionada por los trabajadores al paciente debe ser con oportunidad, calidad en la aplicación de las normas y programas que la institución emite, dentro de los rangos de productividad esperados, de acuerdo al presupuesto de costos calculados, abatimiento de la mortalidad y ausencia de quejas.

Las expectativas del trabajador incluyen : brindar atención al paciente contando con las instalaciones, equipo e instrumental apropiado, en coordinación y apoyo de las diversas áreas participantes en la atención del paciente; el reconocimiento de sus superiores y compañeros por las actividades realizadas y recibir un ingreso congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo.

Las expectativas del paciente son: contar con un servicio médico accesible, una atención con cortesía y oportunidad, un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, comodidad, orden, aseo; información por parte del personal, recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención, contar con personal suficiente, óptima realización del proceso de atención en cuanto a valoración integral, determinación de un programa de estudio y tratamiento congruentes en el problema de salud de que se trate; establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un pronóstico probable; resultados satisfactorios de la atención en cuanto a la solución del problema que motivaron el ingreso en cuanto a diagnóstico y tratamiento, ausencia de complicaciones.⁵³

Gran parte de este documento se basa en el elaborado por el IMSS, con la diferencia de que propone una escala de calificación, cuyo objetivo principal es "determinar criterios absolutos de evaluación que, ordenados en una escala lógica permitan establecer juicios de valor útiles para discriminar el grado de calidad de un concepto. Así se consideró, en primera instancia el concepto de: suficiente, insuficiente, excelente, no realizado, inadecuado y no evaluable".⁵⁴

Hasta aquí hemos observado que existen puntos en común en los documentos mencionados en cuanto a las variables de estudio para evaluar la calidad de la atención

⁵³ Ibid. p.165

⁵⁴ Ibid. p.167

médica. Se manejan planteamientos interesantes que, de llevarse a cabo, mejorarían en gran medida la calidad de atención. Sin embargo, cabe preguntarse, ¿por qué no se realizan operativamente dichos planteamientos en las unidades médicas?. Para dar respuesta a esta interrogante cabría realizar una investigación en este sentido.

Otro punto de concordancia entre los documentos, es que toman en cuenta la satisfacción a nivel institucional, del paciente y del trabajador. Con respecto a este último, se considera la "adecuada" remuneración, buenas condiciones de las instalaciones y equipo de trabajo, sin embargo no se abordan aspectos relacionados con la duración de la jornada de trabajo, la intensidad de la misma, tanto física como mental, la organización y su participación en las condiciones del trabajo, el desempeño del trabajador, las condiciones que intervienen en su comportamiento a nivel personal y laboral, variables que pueden ser analizadas desde la perspectiva de la sociología del trabajo y que pueden influir en la calidad del servicio que se brinda.

En síntesis, los documentos analizados en este capítulo tienen muchos puntos en común. Por una parte, los planteamientos teóricos de Donabedian son de gran utilidad para elaborar documentos para evaluar la calidad de la atención médica, los cuales son considerados por las instituciones que conforman el sector salud para elaborar sus propios instrumentos de evaluación, con pequeñas modificaciones.

Los documentos analizados, abordan el problema de la evaluación de la calidad desde tres momentos: la **estructura-proceso-resultado** y perspectivas o niveles diferentes: **institucional-trabajador-paciente**, lo cual se esquematiza de la siguiente manera:

ESTRUCTURA
(funciona para producir atención)

- ◆ Proveedores de atención (personal médico)
- ◆ Instrumentos y recursos
- ◆ Lugares físicos y organizacionales
- ◆ Recursos humanos, físicos y financieros
- ◆ Calidad y cantidad del personal profesional
- ◆ Instalaciones hospitalarias (número, tamaño, equipo, ubicación geográfica, etc.)
- ◆ Financiamiento
- ◆ Prestación de servicios de salud (manera en que los médicos llevan su trabajo, retribuciones, organización del personal médico y paramédico, etc.)

PROCESO
(actividades que se llevan a cabo por y entre los profesionales. La evaluación se fundamenta en la relación médica y las consecuencias para la salud y el bienestar de los individuos y la sociedad)

- ◆ Normas y juicios éticos establecidos
- ◆ Oportunidad y retraso en buscar cuidado
- ◆ Patrones de utilización según tiempo, lugar, tipo de enfermedad, pertinencia del diagnóstico y tratamiento.
- ◆ Adhesión del personal al horario de la clínica
- ◆ Forma en que se atiende al paciente (interés, cortesía, respeto por su autonomía, privacidad).

RESULTADO
(cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente)

- ◆ Mejoramiento de la función social y psicológica, física y fisiológica
- ◆ Actitudes del paciente (satisfacción: equipo, recursos, calificaciones de los médico y enfermeras, etc.)

- INSTITUCIONAL**
- (atención de los trabajadores al paciente)
- ◆ Oportunidad
 - ◆ Calidad
 - ◆ Aplicación de normas y programas
 - ◆ Abatimiento de la mortalidad
 - ◆ Ausencia de quejas

- TRABAJADOR**
- (brindar atención al paciente contando con:)
- ◆ Instalaciones
 - ◆ Equipo e instrumental apropiado
 - ◆ Reconocimiento de sus superiores y compañeros por las actividades realizadas
 - ◆ Recibir un ingreso congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo

- PACIENTE**
- ◆ Servicio médico accesible
 - ◆ Atención con cortesía y oportunidad
 - ◆ Buena iluminación, temperatura, ventilación, comodidad, orden, aseo, etc.
 - ◆ Información por parte del personal
 - ◆ Recursos necesarios para satisfacer la atención
 - ◆ Personal suficiente
 - ◆ Óptima realización del proceso de atención en cuanto a valoración integral, tratamiento y diagnóstico
 - ◆ Establecimiento oportuno del diagnóstico
 - ◆ Pronóstico probable
 - ◆ Solución del problema

Para finalizar, es necesario enfatizar que el trabajador es un elemento muy importante en la aplicación de la calidad de atención, ya que es éste el que brinda la atención al paciente y la institución le proporciona los elementos necesarios como instalaciones,

equipo e instrumental necesarios, el reconocimiento a sus labores y un ingreso congruente a sus responsabilidades. Sin embargo, a pesar de ello, hacen falta elementos que, desde la óptica de la sociología del trabajo ayudarían a mejorar su desempeño hacia el paciente. Es por esto, que en el siguiente capítulo se incluyen variables que desde esta disciplina pueden "intervenir" en su desempeño.

CAPITULO 3.

CONSIDERACIONES DESDE LA SOCIOLOGIA DEL TRABAJO Y LA SOCIOLOGIA MEDICA EN TORNO A LAS CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO

Como se pudo apreciar en el capítulo anterior, la calidad de la atención médica se mide desde tres momentos o dimensiones que son la estructura, el proceso y el resultado y, a la vez desde tres perspectivas diferentes que son la institucional, la del trabajador y la del paciente. En este capítulo se enfatiza la perspectiva del trabajador, como elemento fundamental para brindar una adecuada calidad de atención médica, porque el factor humano es determinante para otorgar una eficiente o mala atención, toda vez que existen factores de índole laboral que pueden afectar su desempeño en el trabajo.

Es por esto, que el propósito de este capítulo, es mostrar, desde la perspectiva de la sociología del trabajo, la sociología médica y la salud ocupacional, aspectos relacionados con las condiciones y el medio ambiente de trabajo que pueden repercutir en el tipo de atención que otorgan los trabajadores del sector salud.

Georges Friedmann considera, de manera amplia, a la sociología del trabajo, como "el estudio, en sus diversos aspectos, de todas las colectividades humanas que se constituyen con motivo del trabajo".⁵⁵ Entre esos aspectos, al pretender conocer el rendimiento de un empleado o la calidad de su desempeño, se tienen que tomar en cuenta los factores técnicos, fisiológicos, sociales, económicos e incluso psicológicos, que condicionan su actividad.

⁵⁵ Friedmann, Georges y Pierre Naville (1978). Tratado de Sociología del Trabajo. Vol. I. México: Fondo de Cultura Económica, p.28

El análisis sociológico que se propone en este estudio parte desde la concepción del modo de producción capitalista, mismo que da cuenta de las propiedades esenciales y comunes de las sociedades. Lo fundamental del capitalismo es la existencia de la plusvalía ya que se basa en la explotación de la fuerza de trabajo: una vez que los trabajadores han sido despojados de los medios de producción, se ven obligados a vender su fuerza de trabajo a los capitalistas propietarios de dichos medios.

En cada modo de producción, Alfredo Tecla señala que la formación económica social (FES) "da cuenta de las propiedades específicas de cada sociedad como una totalidad que rige para un determinado periodo histórico"⁵⁶ en tanto que las especificidades de cada FES se determinan por el grado de desarrollo de las fuerzas productivas y por el papel que cumple dentro de un sistema más amplio y del cual forma parte.

Al pretender enlazar las peculiaridades de las condiciones de trabajo de los empleados del sector salud con una posible vinculación a cuestiones de salud-enfermedad que pudiesen impactar la calidad de la atención médica, es necesario ubicar el fenómeno a nivel de las relaciones internas de la FES, de ahí su consideración. Al respecto, hay que tener en cuenta que, "para el análisis del proceso salud-enfermedad hay que partir de la FES como una totalidad histórica concreta"⁵⁷, ya que, "un principio general y común a cualquier FES consiste en que es en el proceso productivo donde los hombres como

⁵⁶ Tecla Jiménez Alfredo. "La formación económica social y la enfermedad", en Tecla Jiménez A. (Coord.). (1982). Enfermedad y clase obrera. México: IPN, Escuela de Enfermería y Obstetricia p.13

fuerza de trabajo se consumen y desgastan"⁵⁸. Entre las características particulares de la FES mexicana encontramos que se trata de un país subordinado y de desarrollo medio, víctima de agudos contrastes y desigualdades económicas y sociales, en donde "los hombres se desgastan y se enferman según el papel que les corresponde jugar en el proceso productivo"⁵⁹

En la esfera del trabajo, los obreros y empleados son consumidos en el proceso laboral: "la estructura del proceso de trabajo es la que viene a reflejar no sólo el grado de desarrollo de la producción, sino también la forma de consumo, desgaste, deterioro y enfermedad que experimenta la fuerza de trabajo. Por tal razón es fundamental partir de la estructura del proceso de trabajo para determinar el campo de la enfermedad"⁶⁰

Una vez aclarada la importancia de la FES en este proceso y con la intención de reseñar algunos factores relacionados con las condiciones y el medio ambiente de trabajo que pueden influir en el tipo de atención que otorgan los trabajadores del sector salud, de forma inicial se presentan los planteamientos de Julio Cesar Neffa⁶¹ un investigador que se ha interesado por el estudio de las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT).

⁵⁷ Ibid. P.16

⁵⁸ Ibid. P.20

⁵⁹ Ibid. P. 23

⁶⁰ Ibid. p. 32

⁶¹ Julio César Neffa es un investigador del CNRS (Centre de Recherches et de Documentation sur l'Amérique Latine du Centre National de la Recherche Scientifique, Francia), asimismo se ha desempeñado como coordinador del grupo de CLACSO sobre "Condiciones y medio ambiente de trabajo en América Latina".

Su reflexión lo llevó a proponer un enfoque renovador, en el cual estos factores repercuten en el servicio que presta el trabajador, quien es visto como parte de un colectivo de trabajo, es decir, se le concibe desde una dimensión social.

Neffa menciona que, para algunos, las condiciones de trabajo se refieren esencialmente al ambiente físico del trabajo; para otros por el contrario, la expresión "condiciones de trabajo" englobaría la higiene y la seguridad, la representación de los asalariados en la empresa, la remuneración, la distribución del tiempo de trabajo, la organización del trabajo, la carga de trabajo etc., sin que existan criterios decisivos para señalar los límites o las razones por las cuales no se pueden englobar también las condiciones de vida o de transporte, la seguridad en el empleo, etc.⁶²

El autor hace una distinción entre dos enfoques que existen sobre condiciones de trabajo: el dominante y el renovador.⁶³ El *enfoque dominante* considera los factores de las condiciones y medio ambiente de trabajo (CYMAT) en forma restringida, como son la higiene, la seguridad y salud ocupacionales. El trabajador es disminuido a la condición de simple fuerza de trabajo, se prioriza el impacto de la carga física en detrimento de la carga psíquica y mental, que están presentes e influyen sobre la personalidad del

62 Neffa, Julio C. (1982), Proceso de trabajo, división del trabajo y nuevas formas de organización, Ed. INET-STyPS, Cuadernos INET, núm.20, México, pp.129-130.

63 Neffa, Julio C. (1989) , ¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo?. Propuesta para una nueva perspectiva, Ed. Hvmánitas, Argentina, cap. I y II.

trabajador generando formas particulares de fatiga. Concibe a la fuerza de trabajo como homogénea, a partir de la noción del "trabajador promedio", (...) "el obrero entrenado que trabaja en un puesto estable con un rendimiento standard", es decir, establece que todos los empleados tienen similar capacidad de resistencia, por lo que el trabajo aparece como un castigo, como sinónimo de riesgos, penas, enfermedades, accidentes. No toma en cuenta el carácter social, ni su dimensión histórica.

Los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, desde esta perspectiva, se conciben como origen del descuido, la distracción, la irresponsabilidad y el incumplimiento de las normas de prevención por parte de los trabajadores. Incluso culpabiliza a los asalariados por el hecho de ser víctimas de los accidentes de trabajo. No averigua el origen de estos, en los medios de trabajo, en los objetos de trabajo (materias primas e insumos intermedios constituidos por productos tóxicos o insalubres); ni se busca el agotamiento, como resultado de la excesiva duración de la jornada de trabajo, en la organización y el contenido del trabajo de tipo taylorista y fordista, o en la intensificación de la jornada a causa de la remuneración según el rendimiento.

Por otra parte, el *enfoque renovador* considera que las condiciones de trabajo no son estáticas ni determinadas de una vez y para siempre, sino que sus factores evolucionan en función de la relación de fuerzas que se establecen entre trabajadores y empleadores y de la regulación que dispone la legislación y la administración del trabajo. Partiendo de

este enfoque, el "hombre en situación de trabajo" constituye una unidad psicosomática sobre la cual van a repercutir, en su conjunto, los diversos factores de riesgo.⁶⁴ Considera el trabajo: como la actividad humana orientada hacia un fin, la producción de valores de uso, es decir, la satisfacción de las necesidades humanas para asegurar la reproducción de la especie. Al trabajar, no sólo se procura dominar la naturaleza para lograr los medios de subsistencia sobre los cuales el esfuerzo humano imprime su voluntad, sino que se constituye un colectivo de trabajo gracias a la cooperación simple o compleja que se genera entre los trabajadores.

Neffa sostiene que los trabajadores no tienen los mismos atributos en materia de edad, sexo, cultura, calificación profesional, estado físico y mental. Que las diferencias no consisten solamente en estos datos, sino que influyen también las capacidades de adaptación al puesto de trabajo y la resistencia a los factores de riesgo. Lo ejemplifica cuando habla del ritmo impuesto a los trabajadores por turnos, el cual les impide tener una vida social y familiar normal. Ese ritmo anormal está en el origen de perturbaciones fisiológicas que derivan de la modificación del "reloj interno" del organismo y del hecho que el sueño de día no es de tan buena calidad como el nocturno.

⁶⁴ En epidemiología se ha incorporado el término "factor de riesgo" para indicar cualquier variable asociada a la probabilidad de desarrollar una enfermedad determinada. Vid. Martín Zurro A. y J.F.Cano Pérez (2000) Compendio de Atención Primaria. España: Ediciones Harcourt , p.246. Al respecto hay que tomar en cuenta la participación de las condiciones de trabajo así como el papel etiológico de los factores de riesgo laboral. Ibid p. 340

Su estudio parte de la noción clásica del "proceso de trabajo". Según la lógica de producción y de acumulación capitalista, el trabajo es un proceso a través del cual las materias primas son transformadas en productos dotados de un valor de uso y que se componen de tres elementos: 1) La actividad personal del hombre (trabajo); 2) el objeto sobre el cual el trabajador actúa y 3) los medios de producción en dos subconjuntos: a) instrumentos, útiles, maquinarias, etc. utilizados para aplicar la fuerza de trabajo sobre el objeto y b) condiciones materiales.⁶⁵

El proceso de trabajo -elemento central de la acumulación del capital- es el factor que más contribuye a explicar la configuración adoptada por las condiciones y medio ambiente de trabajo ⁶⁶. Tecia incluye, siguiendo a Marx, en la estructura del proceso laboral, tanto al proceso de trabajo, como al proceso de consumo de la fuerza de trabajo, y señala que contiene los siguientes elementos: " a) en primer lugar, la fuerza de trabajo constituida por los trabajadores, b) los objetos del trabajo referidos a los valores de uso como materias primas y los llamados 'naturales' , c) los medios de trabajo, constituidos por las máquinas y herramientas, d) organización del trabajo que se refiere a jornada de trabajo, ritmos, etcétera, y e) condiciones de trabajo que incluyen, edificio, medio ambiente (luz, temperatura, ruido, polvo, humedad, etcétera)⁶⁷

65 Neffa, J.C. (1982), Op.cit. pp.136-137

66 Neffa retoma la noción de Marx sobre el " proceso de trabajo" .Consultar su libro (1982) Op.cit.. Cap.I

Ahora bien, en base a este proceso de trabajo, Neffa considera que: "las condiciones y medio ambiente de trabajo son las causas y resultados de la acción sobre el trabajador, de un conjunto de variables que al nivel de la sociedad en su conjunto, del establecimiento y del taller, de manera directa o indirecta, fijan la duración del tiempo; configuran el proceso de trabajo, así como sus formas de organización y división del trabajo correspondientes; y determinan: el ambiente físico y social del trabajo; el ritmo, la cadencia, la carga física, psíquica y mental del trabajo. Todos estos factores repercuten finalmente sobre la salud y la vida personal y social de los trabajadores en función de sus respectivas capacidades de adaptación y de resistencia a los factores de riesgo".⁶⁸

Es por ello que Tecla sostiene que: "La estructura del proceso de trabajo nos ayuda comprender las determinantes de las enfermedades profesionales".⁶⁹ De lo anterior se desprende que, el proceso de trabajo predominante, determinará en mayor o menor grado la naturaleza, el contenido, la organización y la división del trabajo correspondiente, la higiene, seguridad y salud ocupacionales, la ergonomía, la duración y configuración del tiempo de trabajo, la carga física, psíquica y mental del trabajo, el sistema de remuneraciones, el modo de gestión de la fuerza de trabajo, las condiciones generales de

⁶⁷ Tecla, Op. Cit., p.33

⁶⁸ Ibid., p.136

⁶⁹ Tecla Op. Cit., p. 33

vida, así como las posibilidades de participar en el mejoramiento de dichas condiciones".⁷⁰

La unificación de los factores reseñados influye sobre el trabajador inserto en su colectivo de trabajo, causando en él fatiga, deterioro en su vida y en su salud tanto física como mental, de allí que se considere la oportunidad de enlazar consideraciones de la sociología médica y la salud ocupacional con los planteamientos de la sociología del trabajo, en el propósito de llamar la atención sobre la influencia de las condiciones y medio ambiente de trabajo en la calidad de la atención médica.

La sociología médica, en opinión de Freeman, Levine y Reeder, es un campo científico e intelectual muy reciente que se interesa actualmente "por cuestiones macro y micro respecto a la pertinencia para la planificación y la aplicación de programas de atención médica, las relaciones sociales de las partes que intervienen en la tradición de servicios de salud, la etiología y la prevención de las enfermedades".⁷¹

Al considerar la importancia de la dimensión social en la etiología de la enfermedad, es pertinente ubicar en su interior el contexto ocupacional de los trabajadores de la salud

⁷⁰ Neffa J.C. Op.cit., fotocopiado, s/r. p.30

⁷¹ Freeman, Howard E.; Levine, Sol y Leo G. Reeder (Compd.)1998. Manual de Sociología Médica, México: Fondo de Cultura Económica. p.616

expuestos a diversos factores de riesgo cuyo efecto podría repercutir en la calidad de la atención médica prestada por este sector laboral.

¿ Cómo es que se daña la salud del trabajador?, Reno Ricchi destaca la función del trabajo y los mecanismos derivados del mismo que actúan en este proceso ya que el trabajo del hombre está relacionado en forma integral, puesto que toda labor es al mismo tiempo actividad física, sensorial, mental y relacional. En primer lugar, la actividad laboral implica un esfuerzo muscular estático y dinámico: en segundo lugar hay una actividad sensorial, dado que los sentidos recogen informaciones y las transmiten al sistema nervioso central (el dolor, el ruido, la temperatura, etc.); en tercer lugar hay informaciones sensoriales, puesto que las tareas no son meramente individuales, ya que hay interrelación con los demás trabajadores que constituyen un colectivo gracias a la cooperación simple o compleja que se establece.⁷²

A continuación se revisa cada uno de esos factores, para analizar brevemente su posible significación en la calidad de la atención médica.

⁷² Véase Reno Ricchi La muerte obrera Investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo, Editorial Nueva Imagen, México.

1. Higiene, seguridad y salud ocupacional

a) Los accidentes de trabajo

En los países más industrializados se constata progresivamente que, a causa de las acciones de prevención disminuye la tasa de frecuencia, hay menos accidentes mortales (aunque crecen rápidamente los accidentes "in itinere"), crece el número de muertos a causa de enfermedades profesionales reconocidas como tales y se incrementa la tasa de gravedad de los accidentes ocurridos, medidos en el número de días en que las víctimas permanecen inmovilizadas. En México, el artículo 474 de la Ley Federal del Trabajo considera como "accidente de trabajo" toda lesión o perturbación funcional inmediata o posterior o la muerte, producida en ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sean el lugar y el tiempo en que se presente. En esta definición se incluyen los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquel.

La disminución de la tasa de frecuencia de los accidentes de trabajo, que se observa especialmente en las empresas medianas y grandes (que por las normas vigentes están obligadas a crear organismos de prevención), está ocultando el creciente fenómeno de precarización del empleo y la exteriorización de los riesgos profesionales hacia las empresas subcontratistas, las que, por regla general, subvalúan y subdeclaran los

accidentes ocurridos en su seno. Por otra parte, en un contexto de crisis como la actual, muchas veces se prefiere, por miedo al despido, no declarar los accidentes que podrían dar lugar a días de reposo e indemnizaciones. Por otro lado, en México se cuenta con poca información con respecto a los accidentes de trabajo, las instituciones de salud como el IMMS, ISSSTE, PEMEX envían los datos estadísticos a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, instancia que se encarga de elaborar y conjuntar toda la información. En el periodo de estudio que nos ocupa, los accidentes de trabajo terminados por año, según tipo de accidente (1987-1994) se encuentran: por golpe contra o por caídas de personas, contacto con corriente eléctrica, temperaturas extremas, radiaciones y sustancias causticas, tóxicas y nocivas, así como accidentes en vehículos motorizados y otros tipos de accidentes que no se especifican.⁷³ (Cuadro 1, anexo). Asimismo, encontramos las estadísticas sobre accidentes de trabajo por institución según tipo de accidente, encontramos en 1994 un total de 455, 178 accidentes de trabajo, que corresponden al IMSS; el ISSSTE registró 1, 381 accidentes, PEMEX 1, 937 y la Secretaría de Trabajo y Previsión Social reportó 284 accidentes. Se observa, que las estadísticas consultadas no refieren a qué sector laboral pertenecen los trabajadores accidentados (Cuadro 2).

⁷³ Secretaría del Trabajo y Previsión Social, Anuario Estadístico de Riesgos de Trabajo 1985-1994. p.39

b) Las enfermedades profesionales

Es sorprendente la diferencia de lo que se entiende como enfermedades profesionales reconocidas legalmente entre los países industrializados y los países subdesarrollados. Esto no sólo se debe a las diferentes condiciones y medio ambiente de trabajo predominantes, sino también a que en ciertos países no se reconoce legalmente un buen número de ellas.

En México, el artículo 475 de la Ley Federal del Trabajo define como "enfermedad de trabajo" a todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios.

La idea que se tiene de enfermedad profesional es muy relativa, dado su reconocimiento formal, que depende de su inclusión en un listado sancionado por una norma legal. Es decir, que puede haber padecimientos provocados por el trabajo o ligados al mismo, que legalmente no se consideran como enfermedades profesionales. En este caso, se sugiere cambiar el nombre, y en lugar de referirse a las enfermedades profesionales, hablar en términos de "salud de los trabajadores". Al respecto, con frecuencia se toma en cuenta la definición de salud de la O.M.S.: "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez". La OMS establece

también que "como el medio ambiente de trabajo constituye una parte importante del medio total en que vive el hombre, la salud depende de las condiciones de trabajo".⁷⁴

Por otra parte, hoy en día, se refuerza la idea de que el organismo humano está en constante movimiento alrededor de su punto de equilibrio, hacia el cual tiende gracias a un movimiento interno de regulación. Así, en un organismo viviente no existe un estado permanente de equilibrio, y la salud es el resultado de un proceso de adaptación a la realidad y de resistencia a los factores agresivos.

Es así que la enfermedad profesional reconocida, o la que se considera ligada o relacionada con el trabajo, es visualizada como una degradación del organismo a partir de una causa inicial identificable. Pero, desafortunadamente, existen diversas causas que pueden dar lugar a la misma enfermedad, y hay patologías ⁷⁵ que tienen una lenta evolución; así, la citada enfermedad se manifiesta cuando el trabajador está en otra actividad o cuando ya dejó de trabajar.

Por lo tanto, los accidentes de trabajo y las "enfermedades profesionales" son el resultado de la violación de normas sanitarias, técnicas, jurídicas y de principios humanos y morales.

⁷⁴ Citado por Martín Zurro y Cano Pérez, Op. Cit. p. 339

⁷⁵ Patología: término médico que se refiere al estudio del origen, naturaleza y curso de las enfermedades. Gran Diccionario Enciclopédico Ilustrado, (1979) Tomo 9. México,

En la actualidad, debido al constante desarrollo tecnológico y científico, es difícil reconocer y evaluar, los riesgos y peligros que conllevan las nuevas materias primas, productos o procesos químicos, o como fue el caso de la "amiantosis" que es una intoxicación pulmonar causada por inhalación de partículas de amianto. El lento reconocimiento de las enfermedades profesionales, impide las indemnizaciones y muchas veces tomar medidas preventivas pues se reconoce al enfermo, cuando este se encuentra en una "situación terminal", y cuando esto sucede, se está ya ante una situación generalmente irreversible.

En nuestro país, la estadística con respecto a las enfermedades profesionales presenta la misma situación que los datos con respecto a los accidentes de trabajo, encontramos enfermedades tales como dermatosis, neumoconiosis por sílice y silicatos, efectos tóxicos del plomo (saturnismo), sordera traumática, enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo (queratodermas adquirida) , efectos tóxicos de las sustancias aromáticas, corrosivas, ácidos y alcalis caústicos, insuficiencia respiratoria aguda (rinofaringitis, sinusitis, bronquitis, asma, laringitis) y otras enfermedades no específicas⁷⁶ al ejercicio de los diferentes tipos de trabajo (Cuadro 3)

La clasificación de las enfermedades del trabajo la encontramos también por actividad económica, predominando la rama minera y de la industria manufacturera, cabe

76 S.T.y P.S. Op. Cit. p. 45

mencionar que faltan las enfermedades del trabajo del sector salud en estos datos. (Cuadro 4 y 4a). Con respecto a esta población, y en base a mi experiencia, los trabajadores están expuestos a diferentes accidentes de trabajo o riesgos profesionales: un ejemplo es cuando se maneja un paciente con VIH-SIDA o con Hepatitis "B". En el mejor de los casos, se les comunica al médico cirujano, a la enfermera, al técnico laboratorista, o al médico patólogo, del padecimiento del enfermo. Dadas las condiciones de trabajo, al ritmo y a la carga del mismo, estos pueden (en el peor de los casos), pincharse o cortarse accidentalmente un dedo o una mano. Las medidas que adoptan en un primer momento son de higiene, (lavado y aseo profundo de la herida), sin embargo, pocas veces son reportados como accidentes de trabajo.

Hay además, información que reporta los riesgos de trabajo terminados por año en donde se encuentra que, las lesiones más frecuentes fueron por contusión y aplastamiento, por heridas (sin especificar de qué tipo), luxaciones, torceduras, esguinces y quemaduras en un periodo comprendido entre 1985-1994. Asimismo, se reportan las principales actividades económicas con mayor número de riesgo, encontrando que la industria manufacturera y de la construcción es donde existe mayor riesgo de accidentes de trabajo. También se reportan riesgos de trabajo por institución, según acto inseguro, en donde se encuentran fallas al asegurar y prevenir, por adoptar posiciones inseguras, colocar, mezclar, combinar en forma insegura, y por no usar el equipo de protección personal disponible, como las más frecuentes. (Cuadros 5, 5a y 5b). Es necesario

mencionar, que de todos estos datos, no se encontró información específica de la población de estudio que nos ocupa, es decir, del sector salud.

El carecer de información en este sector remite a la necesidad de efectuar investigaciones en torno a los diversos puestos de trabajo que en él se desempeñan.

Para este propósito hay que tener en cuenta:

- a) el aspecto técnico⁷⁷, cuyos factores incluyen el local de trabajo, las condiciones ambientales (iluminación, ventilación, temperatura, humedad, polvos, gases, así como los mecanismos de aspiración, evacuación, etc.), herramientas, máquinas y aparatos manejados (considerando sus riesgos y medios de protección), así como los productos utilizados, ya que el entorno, el espacio y los medios de trabajo condicionan la ejecución laboral.

- b) el aspecto humano⁷⁸, en la manera en que el proceso de trabajo impone una carga externa en atención, a su vez, al gasto energético que requiere ese trabajo, a la carga física (en el aparato locomotor, cardiovascular, respiratorio, nervioso, etc.) y a la carga mental.

⁷⁷ Jouvencel, M.R. (1994) Ergonomía básica aplicada a la medicina del trabajo. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, p. 167

⁷⁸ Ibid

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Entre los distintos puestos de trabajo que pueden encontrarse en el sector salud, pueden aplicarse algunas fichas profesiográficas en las cuales se contemplen los posibles factores de riesgo (Anexo II).

2. Duración y configuración del tiempo de la jornada de trabajo.

El trabajo debe permitir al trabajador disponer de tiempo libre para su descanso y recreación. Esto significa que en la organización del trabajo y en la incorporación de los trabajadores al sistema productivo, se deben tomar en cuenta las normas vigentes, así como las características de cada trabajador para determinar y fijar los límites o bases de: la duración máxima de la jornada normal de trabajo, las pausas autorizadas dentro de la jornada de trabajo para recuperarse de la fatiga, los períodos de descanso semanal, las vacaciones remuneradas, las horas y jornadas de trabajo de carácter extraordinario, la edad mínima de ingreso al trabajo, el trabajo nocturno y trabajo por turnos.

En cuanto a la población de nuestro estudio, las jornadas de trabajo en un hospital se establecen en los siguientes términos: para el área médica, la jornada diurna tiene una duración máxima de ocho horas con descanso semanal los sábados y domingos; la jornada mixta tiene una duración de siete horas y media y la jornada especial dura doce horas en forma alternada, con un periodo de descanso de treinta y seis horas. Esta puede ser entre las ocho y las veinte horas o entre las veinte horas de un día a las ocho

horas del siguiente día. Cuando la jornada especial nocturna inicie o concluya en día de descanso obligatorio de acuerdo al calendario oficial, se retribuirá al trabajador que lo labore además de su salario, con el cien por ciento más de las horas trabajadas en el día de descanso obligatorio de que se trate.⁷⁹

El trabajo nocturno y el trabajo por turnos generan perturbaciones en "el reloj interno" o "biológico", en el ritmo circadiano inscrito en el organismo. La vida familiar y social es desarticulada, y la fatiga se acumula porque para recuperar la fuerza de trabajo, el sueño diurno es a menudo de menor calidad que el nocturno. A nivel de la salud, la ruptura del ritmo normal repercute negativamente sobre el sistema nervioso, puede producirse trastornos gastrointestinales, úlceras, gastritis, colon irritable), trastornos del sueño (insomnio, sobresaltos, etc.), enfermedades cardiovasculares, problemas psicológicos, familiares y sociales,⁸⁰ es decir, esta perturbación en el ritmo biológico del individuo, intensifica la fatiga que provoca la adaptación del organismo a los nuevos horarios.

3. La carga física, mental y psíquica del trabajo

La **carga física** es el resultado de los movimientos musculares realizados para inmovilizar o para desplazar el cuerpo y unos segmentos corporales respecto de otros. Este esfuerzo permite luchar contra la gravedad, estar sentados, de pie, inclinados hacia

⁷⁹ Secretaría de Salud, Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, Condiciones Generales de Trabajo 1998-2000, pp.29-30.,

adelante, mantener los brazos en el aire, hacer fuerza sobre un objeto, desplazar las manos para tocar un objeto, palparlo, medir su peso, sentir su temperatura. No obstante, el esfuerzo físico va acompañado, en mayor o menor medida, de cierto esfuerzo mental.

La carga física del trabajo no tiene las mismas repercusiones sobre los diversos componentes de la población económicamente activa. A partir de los 30-35 años comienza a sentirse disminución de la fuerza muscular, en las funciones respiratorias, cardiovasculares y circulatorias, y al mismo tiempo, aumenta la posibilidad de que las mismas tengan un deterioro en la salud en general.

Neffa, al referirse a la carga física de trabajo, involucra: los desplazamientos dentro de la empresa, centro de salud o unidad de trabajo, ya sea con cargas o sin ellas (que a su vez pueden ser de variado peso y dimensión): el esfuerzo que se requiere para hacer los movimientos operatorios a lo largo de la jornada de trabajo, la fatiga, que significa guardar una determinada postura en el trabajo o el esfuerzo para desplazarse hasta o desde él (en las minas por ejemplo). Cualquiera que sea la naturaleza del trabajo, éste requiere que el cuerpo adopte diversas posturas, las que pueden ser distintas: brazos al aire, busto inclinado, mantener los brazos por encima del hombro, etc. Y estas posturas necesitan un consumo suplementario de energía respecto de la situación de reposo. Además, cuando se transportan cargas o se levantan en mala posición, acrecienta la

⁸⁰ La Dou, Joseph (1999) Medicina Laboral y Ambiental. México: Manual Moderno, p.657

presión sobre los últimos discos lumbares intervertebrales y da lugar a sufrimientos, dolores o incluso fracturas o hernias discales.

La **carga mental** incluye los requerimientos del puesto de trabajo en cuanto a las actividades que se originan en los mecanismos del pensamiento teniendo en cuenta el límite de las capacidades mentales humanas, las cuales dependen de la cantidad y frecuencia de la información que debe ser percibida, captada y procesada en un determinado tiempo. La carga mental surge de la complejidad y rapidez con que debe ser ejecutada una tarea, del apremio de tiempo que la organización productiva impone al trabajador para realizar cada tarea; de la complejidad y rapidez con que debe ser ejecutada; de la atención que exige el trabajo para poder concentrarse y solucionar los problemas que se van presentando, de la minuciosidad requerida por la dimensión de las piezas o herramientas que se deben manipular (en caso de los médicos, la exactitud, habilidad y agilidad de sus movimientos en una cirugía, -por mencionar algunos- o en el diagnóstico certero de una enfermedad) y, por otra parte, de la precisión exigida para obtener un producto, (para salvar la vida del paciente), o para brindar una mejor atención.

Como es de suponer, las restricciones de tiempo agravan la influencia de los demás factores de riesgo, como por ejemplo, el trabajo en ambiente insalubre a causa de la presencia de productos tóxicos o la exposición a temperaturas elevadas o bajas, tareas que requieren un gran esfuerzo físico, el trabajo nocturno, etc. Por otra parte, el trabajo

con restricciones de tiempo aumenta los riesgos de accidentes de trabajo y genera "descargas" de tensiones sobre el resto de la familia.

La **carga psíquica** trata esencialmente de los aspectos afectivos y relacionales propios de los requerimientos de los puestos de trabajo. Los factores que determinan y condicionan la carga psíquica de trabajo, son los siguientes: el grado de satisfacción o de insatisfacción en el trabajo, la propensión al ausentismo; problemas de calidad, derroche y mal uso de los medios y objetivos de trabajo; los conflictos , y finalmente el rechazo o falta de afecto por el trabajo. Esto último es más común, en los trabajadores que han accedido a la calificación profesional luego de varios años de permanencia en el sistema educativo y que no utilizan esos conocimientos a causa de la descalificación del puesto de trabajo.

4. La organización y el contenido del trabajo

Estos factores están determinados directamente por el tipo de proceso de trabajo que predomine en la institución y particularmente en el puesto de trabajo. Existen dos elementos que permiten caracterizarla al nivel del puesto de trabajo, la división técnica del trabajo (el parcelamiento de una tarea en múltiples operaciones que tiene un ciclo operatorio muy corto en el tiempo), y la división social del trabajo (entre tareas de concepción y tareas de ejecución, división que se reproduce incluso en los trabajos

llamados intelectuales que predominan en las actividades terciarias) va a alcanzar su máxima expresión cuando se implanta la cadena de montaje, en el caso de las organizaciones fabriles.

El contenido del trabajo puede ser definido de varias maneras: según el tiempo asignado a cada operación, o según las calificaciones requeridas para ejecutarlo. La búsqueda de la reducción del tiempo muerto y por otra parte la tendencia a simplificar las tareas gracias a la división del trabajo, explican la intensificación de éste con sus repercusiones sobre la fatiga y la descalificación de buen número de trabajadores reducidos a meras tareas de ejecución, ya sean manuales o intelectuales. Incluye también, la descripción del puesto, las calificaciones profesionales requeridas para el puesto, el grado de responsabilidad que se asigna al trabajador en virtud del puesto que ocupa, el carácter colectivo o individual del puesto, así como la comunicación y cooperación, el grado de autonomía, de interdependencia o de subordinación, y las posibilidades normales de promoción profesional inherentes al puesto.

5. La ergonomía

Jouvencel define a la ergonomía como "el grupo de disciplinas que se interesan por el estudio del equilibrio (o estabilidad) entre las condiciones externas e internas ligadas al trabajo, y que interaccionan en la biología humana, ante las exigencias y requerimientos

de los sistemas y procesos de trabajo, expandiendo su ámbito para su preservación, corrección o mejora"⁸¹

La ergonomía, como área multidisciplinaria, dialoga con:

- a) la anatomía: antropometría (mediciones del cuerpo) y biomecánica (génesis del esfuerzo)
- b) la fisiología: fisiología del esfuerzo (desgaste energético) y fisiología del entorno (condiciones ambientales)
- c) la psicología: psicología de las actitudes (raciocinio y toma de decisiones) y psicología profesional (formación individualidad)⁸²

Jouvencel encuentra que, para De la Poza⁸³, la ergonomía se puede subdividir en: ergonomía geométrica: en relación con la antropometría, la ingeniería, la distribución del lugar de trabajo, etc.; ergonomía ambiental: ruido, vibraciones, temperatura, humedad, etc.; ergonomía temporal: jornada de trabajo, tiempo de trabajo, etc. Para Grandjean⁸⁴ la investigación ergonómica ha de tener en cuenta los siguientes objetivos: " ajustar las exigencias del trabajo a las posibilidades del hombre, con el fin de reducir la carga externa; concebir las máquinas, los equipos y las instalaciones pensando en la mayor

⁸¹ Jouvencel. Op. Cit. p. 10

⁸² Ibid., p.13

⁸³ De la Poza, J.M. Seguridad e Higiene Profesional. Madrid: Paraninfo, p.533-534, citado por Jouvencel, Op. Cit. p. 15

⁸⁴ Grand Jean, E. (1983). Precis d'ergonomie. Paris: Les editions d'organisation, p.13. citado por Jouvencel Op. Cit. p.14

eficacia, precisión y seguridad; estudiar cuidadosamente la configuración de los puestos de trabajo, intentando asegurar al trabajador una postura correcta; adaptar el entorno (iluminación, ruido, etc.) a las necesidades físicas del hombre".

Es así que la ergonomía, en términos generales, consiste en la adaptación de las instalaciones, el ambiente, los medios y objetos de trabajo al hombre que lo ejecuta. La ergonomía puede emplearse, ya sea para concebir o para reparar. Puede, entonces, de acuerdo a Jouvencel⁸⁵ hacerse alusión a una "intervención ergonómica", la cual puede realizarse en diferentes etapas del proceso de trabajo: a) Ergonomía de concepción o de diseño: la cual intenta establecer medidas oportunas para adecuar las condiciones de trabajo a las características individuales, en un contexto preventivo ante la actualización de ciertos riesgos o incomodidades. b) Ergonomía de corrección de la concepción inicial: la cual actúa ante posibles problemas concretos que pueden surgir en el curso del proceso de trabajo. La "ergonomía de reparación" es usualmente promovida por los médicos del trabajo, quienes en contacto con los trabajadores identifican problemas específicos de las instalaciones, máquinas, herramientas y modalidades de organización del trabajo que tienen repercusiones negativas sobre la vida y la salud. Por ello, el estudio del sistema hombre-máquina y sus disfuncionamientos proporciona informaciones para reducir los riesgos y la fatiga, y pone de manifiesto la necesidad de prevenir.

⁸⁵ Ibid

6. Las consecuencias de las transferencias de tecnología

La falta de normas de prevención en materia de condiciones y medio ambiente de trabajo aplicables a la importación de maquinarias y equipos explica el ingreso de medios de trabajo desprovistos de dispositivos de seguridad, que por esto resultan más baratos. Pero a corto plazo van a incrementar los riesgos profesionales atentando contra la salud de los trabajadores nacionales.

7. El sistema de remuneraciones

El sistema de remuneración tiene repercusiones directas e indirectas sobre la salud de los trabajadores. Puede tener un impacto positivo o negativo sobre ellos. El ejemplo más claro es el sistema de remuneraciones según el rendimiento, el impulso de ganar más da como resultado la aceleración del trabajo y una mayor concentración en la tarea, es decir, que se intensifica y se hace más pesado. También puede darse el caso de que los trabajadores prefieran laborar sin los equipos de protección para tener mayor agilidad, trabajando incluso durante el tiempo previsto para comer. Todo esto conduce a una mayor exposición a riesgos, mayor fatiga muscular y mental.

Por otra parte, las normas de trabajo que se fijan tienen en cuenta al "trabajador promedio", provocando un mayor esfuerzo por parte de aquellos trabajadores cuyas

calificaciones, experiencia o condición de salud los ponen por debajo del promedio. Esto se agrava a medida que pasa el tiempo, puesto que normalmente las aptitudes de los trabajadores disminuyen a medida que aumenta la edad

Existe también la remuneración por tiempo de trabajo, es decir, una suma predeterminada por cada unidad de trabajo acordada, cualquiera que sea el rendimiento. Existen también los sistemas mixtos compuestos por una remuneración base, así como por otra remuneración que varía según lo producido.

Este problema no es exclusivo de los obreros, o de los trabajadores del sector salud, sino que se presenta en todos los sectores, sobre todo en tiempos de crisis, en donde el desempleo y los bajos salarios son lo cotidiano, lo cual disminuye la libertad de elección del trabajador para escoger un trabajo y que lo lleva a aceptar cualquier ocupación, sin importar los riesgos y el bajo sueldo que reciben por ello. Esto, evidentemente, refleja su bajo rendimiento, desempeño y dedicación en su trabajo.

8. El modo de gestión de la fuerza de trabajo: se puede abordar a partir de tres apartados:

a) *Estabilidad o precariedad:* el carácter permanente o estable del puesto de trabajo o, por el contrario, el trabajo temporal, precario, inestable, forma parte de las condiciones de

trabajo y tiene repercusiones directas e indirectas no sólo sobre los demás factores, sino también sobre las condiciones generales de vida.

b) *El sistema y los niveles de autoridad jerárquica:* según sean las características, las dimensiones y la organización de la empresa, así como el proceso de trabajo, existe un sistema de mando, de supervisión, de control de los trabajadores por parte de la dirección de la empresa. La comunicación entre ambas que puede ser permanente o esporádica, rígida o flexible. Todo ello forma parte de las condiciones de trabajo.

c) *El estilo de gestión:* la gestión de la fuerza de trabajo puede darse de muchas maneras: autoritaria, despótica, paternalista, democrática, participativa, etc. El estilo que se adopte influirá sobre la vida afectiva y relacional de los trabajadores subordinados e incluso puede facilitar o dificultar la comprensión del trabajo encomendado.

9. Medio ambiente de trabajo: los factores que intervienen en el medio ambiente de trabajo, los podemos clasificar en tres apartados:

a) ***Los riesgos o contaminantes físicos:***

El ruido: es una manifestación del sonido que se percibe como desagradable y molesto por parte de los trabajadores o que ejerce un efecto dañino sobre la capacidad auditiva

de los mismos. Cuando los trabajadores están expuestos a más de 85 decibeles (dBA), se deben hacer exámenes y reconocimientos médicos periódicos, y usar protectores auditivos o llevar a cabo acciones de prevención, puesto que a ese nivel de intensidad, la mayoría de los trabajadores comienzan a experimentar daños auditivos que son irreversibles.

El ruido provoca además efectos digestivos, cardiovasculares y tensiones musculares. También se han constatado alteraciones psíquicas cuyos síntomas más frecuentes son la fatiga nerviosa, la agresividad, el mal humor, la ansiedad, etc. La vida familiar y social es también perturbada pues la sordera provoca un aislamiento que dificulta las relaciones familiares.

Las vibraciones: son percibidas por diversos órganos que las transmiten desde el sistema nervioso superficial: la piel, los órganos internos, el oído.

Las vibraciones se clasifican, según sea la frecuencia de las ondas, en: a) vibraciones de muy larga frecuencia: son menores de 2 Hertz, son lentas y provocan mareos, náuseas, vómitos; b) vibraciones de larga frecuencia, están situadas entre los 2 y 20 Hertz y son percibidas cuando se trabaja sobre tractores, trenes máquinas de construcción como aplanadoras, excavadoras, estas vibraciones provocan daños sobre la columna vertebral y, c) vibraciones de alta frecuencia, superan los 20 Hertz y son generadas por

herramientas de rotación, por ejemplo: taladros, perforadores, remachadoras, sierras circulares, etc. Los daños provocados por este tipo de vibraciones son de tipo vascular, trastornos en músculos, nervios y tendones de la mano.

La temperatura: El trabajo puede realizarse con exceso o con defecto de calor. Cuando se incrementa la carga térmica por encima de los valores considerados normales por el propio trabajador, este experimenta molestias, incomodidad, y progresivamente disminuye su actividad mental. Si el incremento es aún mayor, se producen perturbaciones psicofisiológicas que aumentan la frecuencia de los errores y accidentes reduciendo la eficiencia del trabajo.

La exposición a temperaturas elevadas puede ocasionar enfermedades diversas: urinarias, en el aparato reproductor (esterilidad), vasculares (arterioesclerosis), deshidratación y envejecimiento precoz de la piel. Por el contrario, cuando los trabajadores están expuestos al frío, se generan enfermedades respiratorias, crónicas y agudas, así como trastornos reumáticos. Los trabajadores expuestos a muy bajas temperaturas, experimentan una frecuencia más elevada de accidentes que quienes trabajan a temperaturas más confortables. Esto debido a las dificultades para accionar los miembros a causa de la pérdida de sensibilidad.

La iluminación: tanto el exceso como el defecto de iluminación pueden dar origen a daños permanentes a la visión. Cuando el sistema de iluminación correspondiente a un puesto de trabajo es adecuado y permite trabajar satisfactoriamente, ello tiene repercusiones positivas sobre el aumento de la producción, la reducción de los errores, el mejoramiento de la calidad, reduciendo la fatiga visual y la posibilidad de accidentes.

La humedad: está relacionada con otros factores de riesgo, como son la temperatura, la velocidad de movimiento del aire, etc. El principal mecanismo para eliminar el calor del cuerpo humano es a través de la evaporación de la transpiración, y por consiguiente en un ambiente muy húmedo la carga térmica va a provocar una mayor respuesta del organismo ya que no puede evaporar fácilmente.

Las radiaciones ionizantes: este tipo de radiaciones provoca daños en ciertas células y puede provocar serias lesiones en el organismo. Dentro de estas encontramos los Rayos X, los Rayos Gamma y los Rayos Cósmicos. Los trabajadores expuestos a los Rayos X en un primer momento, padecen vómitos y náuseas, posteriormente caídas de cabello, infecciones y fiebre, finalmente disminuyen los elementos celulares de la sangre ocasionando la muerte en casos graves. Las radiaciones también pueden provocar efectos tardíos, tales como el cáncer.

b) Los riesgos o contaminantes químicos.

Entre los principales contaminantes químicos tenemos: líquidos, polvos, gases o vapores y humos. Los trabajadores expuestos a estos contaminantes se encuentran: en la construcción, en las fábricas de cemento, industrias químicas y fábricas de pintura, en las carpinterías, en la transformación de acero y otros productos.

c) Los riesgos o contaminantes biológicos.

Pueden surgir por contacto con agentes infecciosos, por ejemplo: virus, bacterias, hongos, parásitos. Estos riesgos están presentes en diversas ocupaciones, tales como: personal de hospitales, laboratorios, trabajadores agropecuarios, etc. El contagio puede producirse por medio de inhalación, ingestión, o por contacto.

10. La posibilidad de participar en la organización de las condiciones laborales dentro de las instituciones o unidades de trabajo.

Esta posibilidad adquiere dos dimensiones: una en sí misma y otra con relación a la prevención de los riesgos.

La participación de los trabajadores en la gestión empresarial se está reconociendo gradualmente como un derecho, dado que ello deriva de las características de la persona humana. El hombre es un ser dotado de la capacidad para reflexionar sobre si mismo y sobre sus condiciones de trabajo, utilizando su inteligencia. Participar en la organización de sus condiciones de trabajo significa actualizar dichas potencialidades para decidir acerca de la organización de su realidad. Las condiciones y medio ambiente de trabajo son, como ya se ha mencionado, "...las variables que, al nivel de la sociedad en su conjunto, influyen sobre la vida y la salud física y mental de los trabajadores insertados en su colectivo de trabajo...etc.". De tal modo que es necesario participar en los temas referentes a las condiciones y medio ambiente de trabajo, pues existe una relación inmediata sobre la vida y la salud de quien las soporta.

La participación puede darse a nivel individual o colectiva y solidaria, a través de la representación de dirigentes elegidos democráticamente o designados por las asociaciones profesionales libremente constituidas. Esos representantes deben estar sujetos al control democrático de sus representados, ante quienes deben dar cuenta de su gestión sindical.

El ejercicio de la participación de los trabajadores en la prevención y el mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo es el resultado del nivel de conciencia -

personal y colectiva- sobre los problemas existentes, y al mismo tiempo permite intensificar y hacer más lúcida dicha conciencia.

11. Las condiciones generales de vida

El nivel de las remuneraciones es el que determina las condiciones de reproducción de la fuerza de trabajo, y, consiguientemente, la capacidad de resistencia y de adaptación frente a los riesgos profesionales. En efecto, el "modo de vida", tan heterogéneo entre las diversas clases y capas sociales, no puede ser aislado de las condiciones y medio ambiente de trabajo imperantes dentro del establecimiento. En consecuencia, el tiempo y las condiciones de confort en que se efectúan los desplazamientos entre el hogar y el centro de trabajo, la calidad y las dimensiones del hábitat, la cantidad y estructura de los elementos que constituyen la dieta familiar, el acceso a los servicios colectivos (agua potable, atención médica, energía eléctrica y gas, recolección de residuos, agua corriente y desagües, etc.), el grado de satisfacción de las demás necesidades esenciales (atención primaria de salud, educación, etc), todo ello va a repercutir sobre la vida y la salud de los trabajadores, antes y después de su participación en el proceso productivo. La capacidad de resistencia y de adaptación a los factores de riesgo puede ser incrementada o reducida según sea el modo de vida. La influencia de estas condiciones de trabajo en la prestación de servicios es cada vez más reconocido en el estudio de los

problemas de las condiciones y medio ambiente de trabajo en los países en vías de industrialización.

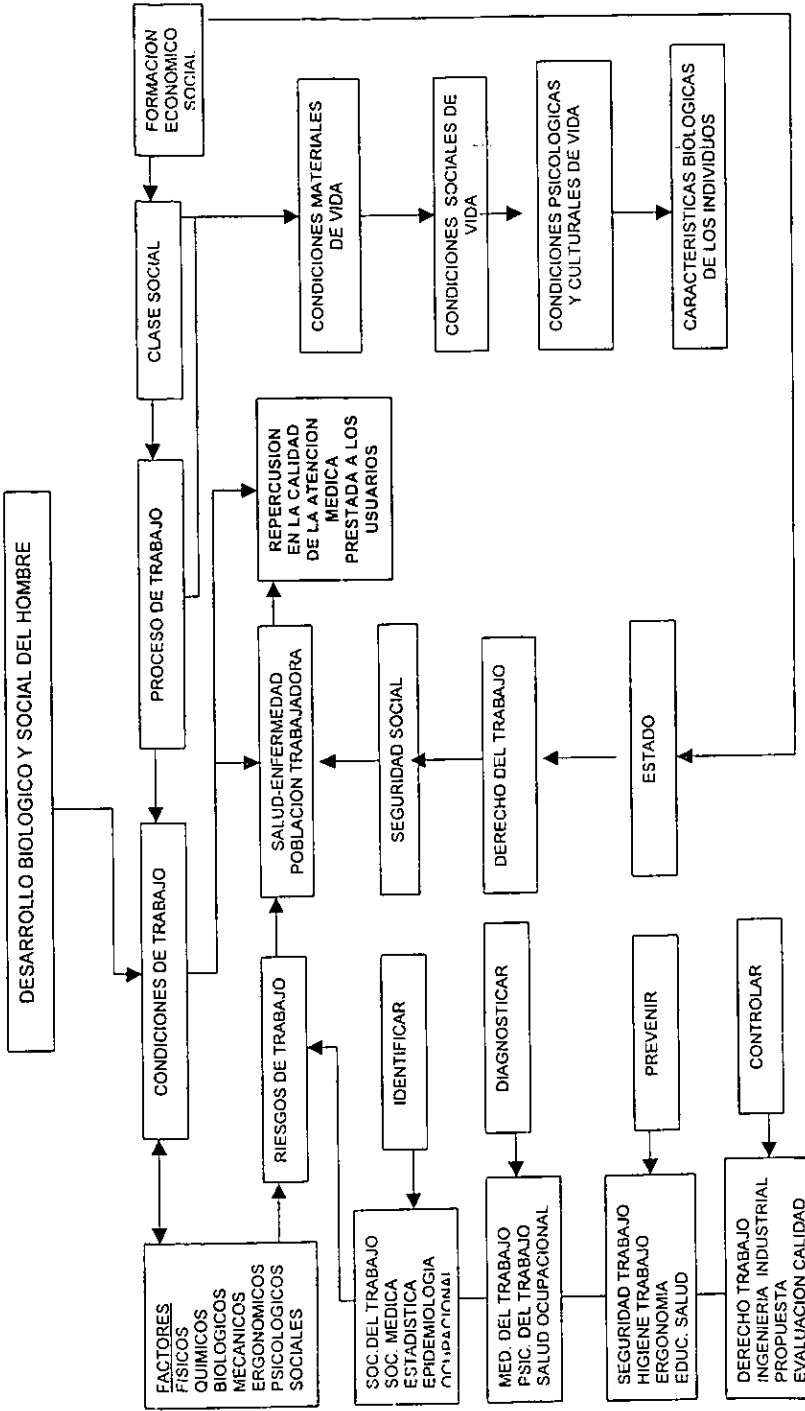
Para finalizar, es menester tomar en consideración varias cuestiones: los planteamientos de Julio Cesar Neffa nacen del estudio de las condiciones y medio ambiente de trabajo de los trabajadores asalariados, insertos en una dinámica de proceso de trabajo (tipo fabril), la cual es diferente a la que se da en el sector salud. Sin embargo, sus planteamientos pueden ser de gran utilidad para analizar las condiciones y medio ambiente laboral de esta población y tomarlas en cuenta en la elaboración de documentos para evaluar la calidad de la atención.

Por otra parte, es importante que las ciencias sociales (ver esquema) jueguen un papel más decisivo en la investigación sobre las condiciones y medio ambiente de trabajo en el sector salud. La integración de los científicos sociales en equipos multidisciplinarios, facilitará la tarea de identificar los problemas más graves y urgentes que afectan a los trabajadores del sector salud y su influencia en su desempeño y otorgamiento de la calidad del servicio que ofrecen, todo ello en beneficio del conjunto de la sociedad.

La integración de estas disciplinas (la sociología del trabajo, la sociología médica y la salud ocupacional) en el estudio de los documentos para evaluar la calidad de la atención, así como el planteamiento de nuevas perspectivas que permitan relacionar las

variables de estudio de cada una de estas perspectivas, permitirá en un futuro, subsanar las dificultades para elaborar y llevar a cabo metodologías, técnicas y herramientas que permitan identificar los problemas y plantear soluciones.

ESQUEMA CONCEPTUAL DE LA SALUD EN EL TRABAJO Y SU POSIBLE INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA *



* FUENTE: Adaptado del Material de Apoyo para el Diplomado en Salud en el Trabajo. UNAM. Facultad de Medicina. Departamento de Salud en el Trabajo.

CONCLUSIONES

1. El presente estudio ha permitido conocer el estado de conservación de los monumentos de la zona de estudio.

1. Las políticas de corte neoliberal adoptadas por el gobierno mexicano a partir del período considerado (1987-1994) dieron fin a la función "benefactora" del Estado. Se transitó de un control estatal a la creciente "regulación" de las fuerzas del libre mercado, y se redujó la participación del Estado a un mínimo de servicios. Este proceso se manifestó en la reducción del gasto público y del gasto social, así como en la contracción salarial y el desempleo.

Se reformularon las políticas a seguir en el ámbito social, económico y político. En cuanto a la nueva política social, ésta se expresó básicamente en la redefinición de los vínculos del Estado-sociedad , en donde la responsabilidad del Estado de garantizar los derechos sociales como la salud, educación, empleo, vivienda, se vio desplazada hacia los individuos o grupos.

En el área de la salud, el proyecto neoliberal, al disminuir el presupuesto del sector, inició un nuevo proyecto modernizador basado en la descentralización de los servicios para dar solución a los problemas de cobertura y de calidad de la atención, pretendiendo alcanzar la eficiencia y racionalización de los recursos, garantizar el derecho a la protección a la salud, así como el ofrecer una mejor calidad en el servicio médico e igualdad en el acceso de los grupos marginados.

Sin embargo, los efectos de la "descentralización" no fueron los esperados, ya que no se atendió la permanencia de programas de control de enfermedades, no se incrementó la calidad de la atención médica, y se produjeron serias fallas en la operación de servicios y programas al transferir las responsabilidades y problemas de la Federación a los estados, sin que a estos se les otorgara una capacidad resolutive, ni en lo técnico ni en lo financiero. Fue así que, los propósitos de extender la cobertura e incrementar la calidad de atención de los servicios de salud, no se alcanzaron.

Un claro ejemplo de esto se pudo observar en los estados de Tabasco o Nuevo León que se beneficiaron de la situación, a diferencia de Oaxaca, Chiapas o Guerrero, en donde el deterioro acelerado de los servicios (deficiente cobertura y baja calidad de atención) repercutió negativamente en el estado de salud de su población. Otro efecto relacionado pudo apreciarse a partir del resurgimiento de enfermedades que se creían controladas ⁶⁰ como el cólera, el dengue, las enfermedades infecciosas, etc.

2. A pesar del recorte presupuestal, se ha buscado elevar la calidad de atención médica por lo que se instrumentaron medidas para evaluarla. El IMSS ha efectuado numerosos estudios usando como principal instrumento el expediente clínico,

⁶⁰ López Arellano O. y Blanco Gil J. Op. Cit p. 126

asimismo, ha integrado comités médico-asistenciales, tales como el de evaluación del expediente clínico, detección, prevención y control de infecciones hospitalarias; de tejidos; de mortalidad y de investigación. En 1987 se creó el Grupo Básico Interinstitucional de Evaluación del Sector Salud que formuló el documento "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención Médica de las Unidades Médicas del Sector Salud". El objetivo de tal documento fue el de proveer un instrumento uniforme de evaluación. Sin embargo, este documento, no se puso en marcha, técnicamente hablando.

3. De esta forma, cada una de las instituciones del sector salud, evalúa la calidad de la atención, de acuerdo a los documentos y cédulas de evaluación que cada administración (a nivel de institución y unidad de trabajo), elabora en su gestión.
4. La calidad no es un concepto absoluto, sino relativo, en el que los beneficios y riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares de beneficios factibles y de riesgos prevenibles. En este caso, se entiende por estándar a la asignación de valores a determinados indicadores que permitan medir, de alguna manera, los niveles de calidad alcanzados en situaciones específicas. La calidad resulta siempre un juicio comparativo.

5. Los documentos del IMSS y el interinstitucional tienen en común la evaluación, la satisfacción a nivel institucional del paciente y del trabajador. Con respecto a este último, se consideran la adecuada remuneración, las buenas condiciones de las instalaciones y el equipo de trabajo.

6. Las aportaciones teóricas del Dr. Donabedian, han contribuido en gran medida al estudio de la calidad de la atención; sin embargo, a pesar de que sus planteamientos contienen una inquietud por relacionar las condiciones laborales del trabajador con la prestación de servicios, al final, deja de lado aspectos importantes como la distribución del tiempo de trabajo, la organización del mismo, las cargas físicas y mentales inherentes a su ejecución así como factores relacionados como los riesgos y accidentes de trabajo.

7. Ninguna de las propuestas analizadas abordan aspectos relacionados con la duración de la jornada de trabajo, la intensidad de la misma, tanto física como mental, la organización y su participación en las condiciones de trabajo, el desempeño del trabajador, los riesgos de trabajo, etc. Al respecto, es importante destacar la perspectiva del trabajador desde un punto de vista sociológico ya que el factor humano es determinante en la calidad de la atención toda vez que existen factores de índole laboral que pueden afectar el desempeño en el trabajo.

8. Las consideraciones de Neffa en torno a las condiciones y medio ambiente de trabajo se toman en cuenta, al observar que es posible aplicarlas y adaptarlas a la realidad laboral de los prestatarios de servicios en el sector salud así como en los estudios evaluativos de la calidad de la atención con el propósito de coadyuvar a incrementar la calidad de la atención. Cabe considerar, además, que existen otros factores que determinan la calidad de la atención, incluso hasta obstruirla, como lo son las propias limitaciones que emanan de las políticas gubernamentales.
9. En la elaboración de un documento que permita evaluar la calidad de la atención en el sector salud, conviene incluir los momentos estructura-proceso-resultado, así como los niveles institucional-trabajador-paciente, sintetizados en las páginas 40 y 41. En el nivel del trabajador cabe agregar la propuesta de un análisis que incluya los siguientes elementos:
- a) La información técnica con el puesto de trabajo: local de trabajo, condiciones ambientales (iluminación, ventilación, temperatura, humedad, polvos, gases) así como una evaluación sobre los mecanismos de higiene y seguridad asociados.
 - b) La adecuada duración y configuración del tiempo de la jornada de trabajo
 - c) La adecuación del personal asignado al puesto de trabajo (sexo, edad, condiciones físicas, aptitudes y capacidades requeridas para el desempeño de la

labor) con relación a la carga física, mental y psíquica previstas para su desempeño.

d) La información necesaria relacionada con la organización y el contenido del trabajo

e) La ubicación de factores de riesgo y su posible control

10. La mirada sociológica permite ubicar, en el caso de la formación económica social (FES) mexicana, de acuerdo con Alfredo Tecla, que, como país subordinado y de desarrollo medio, víctima de agudos contrastes y desigualdades económicas y sociales, los hombres se desgastan y se enferman según el lugar que les corresponde jugar en el proceso productivo.

11. Dado que es en la estructura del proceso de trabajo donde se refleja la forma de consumo, desgaste, deterioro y enfermedad que experimenta la fuerza de trabajo, conviene tomar en cuenta las condiciones y medio ambiente de trabajo, así como los posibles factores de riesgo en el desempeño de este último a fin de ejercer medidas preventivas y de control con el propósito de evitar efectos adversos en la calidad de la atención médica proporcionada por los trabajadores del sector salud.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

- Calderón R. José (1988), "Ruptura del colaboracionismo de clases", en: Gutiérrez G. Estela (coord.). Testimonios de la crisis. 2. La crisis del Estado del Bienestar, Siglo XXI, México
- Donabedian Avedis, (1984), La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A. México
- Friedman, G. y P. Naville (1978) Tratado de Sociología del Trabajo Vol. I, Fondo de Cultura Económica, México
- Freeman, Howard E., S. Levine y L. G. Reeder (Comps.) (1998). Manual de Sociología Médica, Fondo de Cultura Económica, México.
- Gutiérrez Garza Estela. "Presentación", en Gutiérrez G. Estela (coord.). Testimonios de la crisis. 2. La crisis del Estado del Bienestar, Siglo XXI, México
- Guillén, Arturo. (1985), "Interpretaciones sobre la crisis" en México ante la crisis I. Ed. Siglo XXI, México.
- Jouvencel, M.R. (1994) Ergonomía básica aplicada a la medicina del trabajo. Ed. Díaz de Santos, Madrid.
- La Dou, Joseph (1999) Medicina Laboral y Ambiental, Ed. Manual Moderno, México
- López Arellano, Oliva y José Blanco Gil. (1993), La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta. Colección Ensayos. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México

- Martín Zurro, A. y J.F. Cano Pérez (2000). Compendio de Atención Primaria. Ed. Harcourt, España
- Menéndez Eduardo L. (1990), "Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista" en Almada Bay, Ignacio. Salud y crisis en México. Textos para un debate. Ed. Siglo XXI, México.
- Neffa, Julio C. (1989), ¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta para una nueva perspectiva, Ed. Hvmantas, Argentina.
- Ortiz Wadgymar, Arturo (1994). Política económica de México (1982-1994). Dos sexenios neoliberales. Ed. Nuestro Tiempo, México.
- Reno Ricchi La muerte obrera Investigación sobre los homicidios blancos y los accidentes de trabajo, Editorial Nueva Imagen, México.
- Soberón, G., J. Kumate y J. Laguna (compiladores): (1988), La salud en México: Testimonios 1988. El cambio estructural, tomo I, FCE, México
- Soria, Victor y Guillermo Farfán (1990): "El deterioro del bienestar social y de la salud en México", en Gutiérrez Estela (coord.) Testimonios de la crisis. 4. Los saldos del sexenio 1982-1988, Siglo XXI, México.
- Sotelo Valencia, Adrián. (1993) México: dependencia y modernización. Ed. El Caballito, México.
- Tecla Jiménez Alfredo (Coord.) (1982). Enfermedad y clase obrera. México: IPN, Escuela de Enfermería y obstetricia.

- Tenti Fanfani E. (1991), El Estado benefactor: Un paradigma en crisis, Buenos Aires, CIEPP

REVISTAS

- Aguirre-Gass, (1990) , " Evaluación de la calidad de la atención médica: expectativa de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas", Salud Pública de México, vol. 32
- Barquín, C. (1989), Hospital la Raza: 35 años, Cuestion Social IMSS, México, vol. 15
- Donabedian, Avedis. "La calidad de la atención médica". Revista Ciencia y Desarrollo. Artículo fotocopiado. s/r
- Huerta Arturo, (1984), "La Política Económica actual: análisis y contradicciones" en Análisis Económico (Revista de Economía, UAM-A) Vol. III, No. 2.
- Neffa Julio César, "Reconsideración de la noción de condiciones y medio ambiente de trabajo. Definición y contenido. Diversos enfoques y perspectivas". Fotocopiado s/r
- Neffa, Julio C. (1982), Proceso de trabajo, división del trabajo y nuevas formas de organización, Instituto Nacional de Estudios del Trabajo, Secretaría del Trabajo y Prevención Social, Ed. INET-STyPS, Cuadernos INET, núm.20, México.
- Ruíz de Chávez, Martínez Narváez, Aguirre-Gas, (1990), "Bases para la Evaluación de la Calidad de la Atención de las Unidades Médicas del Sector Salud", en Salud Pública de México, vol., 32.

- Ruíz Massieu, Francisco, (1984) "La descentralización de los servicios de salud", Salud Pública de México, Vol.26, Núm.1, enero-febrero, México.
- Secretaría de Salud, (1983) "Las reformas jurídicas para el SNS", Cuadernos de la SSA, Núm.1, México.
- Soberón Acevedo Guillermo, (1986), "La calidad de la atención médica" en Revista de Salud Pública de México, No. 3, mayo-junio
- Soberón Acevedo G. (1987) "El cambio estructural y funciones de la Secretaría de Salud, del Sector Salud y del Sistema Nacional de Salud". Revista de Salud Pública de México, No. 2, Vol. 29, marzo-abril, 127-140
- Valdéz, Cuauhtémoc, (1984), "Sistema Nacional de Salud. Avances y Perspectivas". Cuadernos de la SSA, Núm.7, Junio, México.
- Vásquez, Sergio, (1988), "Notas sobre la estructura y evolución del presupuesto programático ejercido por las instituciones que conforman el sector salud. 1980-1987", Revista Salud-Problema, Núm. 15, UAM-X, México, otoño.

DOCUMENTOS

- Diario Oficial de la Federación (1982), Diciembre.
- I.M.S.S. Subdirección General Médica (1987), "Evaluación de la calidad de la atención de las unidades médicas del I.M.S.S." México
- Organización Mundial de la Salud,. (1978), "Informe final de la conferencia de atención primaria de la salud, Alma-Ata", URSS.

- Plan Nacional de Desarrollo 1982 -1988. Miguel de la Madrid Hurtado, SPP, México, 1983.
- Secretaría de Programación y Presupuesto, Subsecretaría de Planeación del Desarrollo y de Control Presupuestal, (1985), "Programa Nacional de salud 1984-1988, México.
- Secretaría de Salud, Sindicato Nacional de Trabajadores de la Secretaría de Salud, "Condiciones Generales de Trabajo 1998-2000".
- Ley Federal del Trabajo

TESIS Y NOTAS PERIODISTICAS

- Altamirano R. Martha y Beatriz Castilla R.(1993), "Crisis del Estado Social" en Por esto, Mérida, Yucatán.
- Salinas Montoya Imelda C. (1992), Evaluación de la calidad de la atención médica en las unidades de medicina familiar en los servicios de salud. (Investigación realizada en las Unidades de Medicina Familiar de la Subdelegación de Tlalnepantla, Estado de México), ENEP IZTACALA, UNAM-IMSS. Tesis de Maestría. México.

A N E X O I

CUADROS ESTADISTICOS

CUADRO 1

ACCIDENTES DE TRABAJO TERMINADOS POR AÑO, SEGUN TIPO DE ACCIDENTE, 1987-1994

TIPO DE ACCIDENTE	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
TOTAL	542,455	520,758	507,000	517,893	525,879	519,024	479,968	455,780
GOPE CONTRA O POR	291,785	279,620	274,494	279,627	276,436	269,778	244,873	230,384
CAIDA DE PERSONAS	76,477	75,441	74,422	77,709	83,558	86,386	84,299	83,205
CONTACTO CON CORRIENTE ELECTRICA	2,046	2,147	2,062	2,216	2,178	2,127	1,965	1,862
CONTACTO CON TEMPERATURAS	1,807	1,668	1,578	1,575	1,543	1,427	1,377	1,243
EXTREMOS								
CONTACTO CON RADIACIONES,	23,651	22,628	22,043	21,268	21,144	19,462	19,721	18,943
SUBSTANCIAS CAUSTICAS, TOXICAS								
Y NOCIVAS								
ACCIDENTES ENN VEHICULOS	12,933	12,913	12,756	13,960	15,366	16,960	18,076	19,240
MOTORIZADOS								
OTROS TIPOS DE ACCIDENTES (1)	121,009	113,510	110,616	114,782	120,220	119,153	107,562	101,966
NO ESPECIFICADO (2)	12,747	12,831	9,029	6,756	5,234	3,731	2,093	1,937

NOTAS:

IMSS: SU INFORMACION FUE RECLASIFICADA PARA FINES DE PRESENTACION DEL ANUARIO

ISSSTE: PRESENTA INFORMACION CON ESTA CLASIFICACION A PARTIR DE 1989

(1) INCLUYE TIPOS DE ACCIDENTES QUE NO PUJERON SER INTEGRADOS EN ESTA CLASIFICACION, TALES COMO

ESCORIACIONES O CON ABRASION, SOBRESFUERZO, VARIOS DE FRECUENCIA MENOR Y OTROS

(2) INCLUYE LA INFORMACION REPORTADA POR EL ISSSTE HASTA 1988 Y LA DE PEMEX DEBIDO A QUE NO

PRESENTA ESTA CLASIFICACION

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE RIESGOS DE TRABAJO 1985-1994

COMISION CONSULTIVA NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO

SUBCOMISION DE INFORMACION Y ESTADISTICA, JULIO, 1995 P.39

CUADRO 2

ACCIDENTES DE TRABAJO TERMINADOS POR INSTITUCION SEGUN TIPO DE ACCIDENTE, 1994

TIPO DE ACCIDENTE	IMSS	ISSSTE	PEMEX	STPS	STPS
TOTAL	455,178	1,381	1,937	284	284
GOLPE CONTRA O POR	229,988	285	n.d.	111	111
CAIDA DE PERSONAS	82,515	663	n.d.	27	27
CONTACTO CON CORRIENTE ELECTRICA	1,821	5	n.d.	36	36
CONTACTO CON TEMPERATURAS EXTREMAS	1,205	38	n.d.	0	0
CONTACTO CON RADIACIONES, SUBSTAN- CIAS CAUSTICAS, TOXICAS Y NOCIVAS	18,922	12	n.d.	9	9
ACCIDENTES EN VEHICULOS MOTORIZADOS	19,160	76	n.d.	4	4
OTROS TIPOS DE ACCIDENTES	101,567	302	n.d.	97	97
NO ESPECIFICO	0	0	1,937	0	0

n.d. NO DISPONIBLE

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE RIESGOS DE TRABAJO 1985-1994

COMISION CONSULTIVA NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO SUBCOMISION DE INFORMACION Y ESTADISTICA, JULIO, 1995, P. 67

CUADRO NO. 3
ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADAS POR AÑO SEGUN TIPO DE ENFERMEDAD, 1985-1993

TIPO DE ENFERMEDAD	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
TOTAL	4,288	3,956	4,314	3,956	3,559	3,567	6,317	7,229	1395.02
DERMATOSIS	350	771	1,147	752	478	399	461	528	381
NEUMOCONIOSIS POR SILICE Y SILICATOS	2 441	2 429	1 991	1 900	1 394	1 323	3 026	2 178	2,305
EFFECTOS TOXICOS DEL PLOMO (SATURNISMO)	126	222	220	235	203	184	280	186	105
SORDERA TRAUMATICA	838	1,084	1,000	568	891	1,144	1 812	2 794	2,715
OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO (QUERATODERMAS ADQUIRIDAS, CALLOS, CELULITIS)	41	25	20	27	21	7	37	3	6
EFFECTOS TOXICOS DE LAS SUBSTANCIAS AROMATICAS, CORROSIVAS, ACIDOS Y ALCALIS CAUSTICOS	186	151	219	256	149	69	128	69	40
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (RINOFARINGITIS, SINUSITIS, BRONQUITIS ASMA, LARINGITIS)	244	282	88	78	179	138	112	1 319	694
OTRAS ENFERMEDADES NO ESPECIFICADAS	8	15	6	16	14	299	453	152	164
	54	61	233	114	230	4	8	0	0

NOTAS:

PEMEX: NO CAPTA INFORMACION SOBRE ENFERMEDADES DE TRABAJO

ISSSTE: REPORTA INFORMACION A PARTIR DE 1987

STPS: PARA 1992 Y 1993, NO REGISTRO INFORMACION SOBRE ENFERMEDADES DE TRABAJO

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE RIESGOS DE TRABAJO 1985-1994

COMISION CONSULTIVA NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. SUBCOMISION DE INFORMACION Y ESTADISTICA. JULIO, 1995, P.45

CUADRO 4
ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADAS POR INSTITUCION, SEGUN DIVISION DE ACTIVIDAD ECONOMICA, 1994

DIVISION DE ACTIVIDAD ECONOMICA	IMSS	ISSSTE	PEMEX	STPS
TOTAL	6,370	61	n.d	0
AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA PESCA Y CAZA	24	2	n.d	0
MINERIA (1)	2,541	0	n.d	0
INDUSTRIAS MANUFACTURERAS	2,790	1	n.d	0
ELECTRICIDAD, GAS Y AGUA	76	0	n.d	0
CONSTRUCCION	110	0	n.d	0
COMERCIO, RESTAURANTES Y HOTELES	125	0	n.d	0
COMUNICACIONES Y TRANSPORTES	219	3	n.d	0
SERVICIOS FINANCIEROS, INMOBILIARIOS, ALQUILER DE BIENES MUEBLES Y SERVICIOS PROFESIONALES	49	0	n.d	0
SERVICIOS COMUNALES, SOCIALES Y PERSONALES	117	55	n.d	0
NO ESPECIFICADO	319	0	n.d	0

n.d. NO DISPONIBLE

(1) NO SE INCLUYEN LAS ACTIVIDADES DE EXTRACCION DEL PETROLEO Y GAS NATURAL DEBIDO A QUE PEMEX

NO PRESENTA INFORMACION PARA LOS CONCEPTOS INVOLUCRADOS

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE RIESGOS DE TRABAJO 1985-1994

COMISION CONSULTIVA NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO SUBCOMISION DE INFORMACION
Y ESTADISTICA, JULIO, 1995, P. 70

CUADRO 4a
 ENFERMEDADES DE TRABAJO TERMINADAS POR INSTITUCION, SEGUN TIPO DE ENFERMEDAD, 1984

TIPO DE ENFERMEDAD	IMSS	ISSSTE	PEMEX	STPS
TOTAL	6,370	61	n.d.	0
DERMATOSIS	346	0	n.d.	0
NEUMOCOINOSIS POR SILICE Y SILICATOS	2,189	0	n.d.	0
EFFECTOS TOXICOS DEL PLOMO (SATURNISMO)	127	0	n.d.	0
SORDERA TRAUMATICA	2,731	2	n.d.	0
OTRAS ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO (QUERATODERMAS ADQUIRIDAS, CALLOS, CELULITES)	5	0	n.d.	0
EFFECTOS TOXICOS DE LAS SUBSTANCIAS AROMATICAS, CORROSIVAS, ACIDOS Y ALCALIS CAUSTICOS	57	0	n.d.	0
INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA (RINOFARINGITIS, SINUSITIS, BRONQUITIS, ASMA, LARINGITIS)	806	17	n.d.	0
OTRAS ENFERMEDADES	109	38	n.d.	0
NO ESPECIFICADA	0	4	n.d.	0

n.d. NO DISPONIBE

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE RIESGOS DE TRABAJO 1985-1994
 COMISION CONSULTIVA NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. SUBCOMISION DE INFORMACION Y ESTADISTICA, JULIO, 1995, P.71

CUADRO 5
RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS POR AÑO, SEGUN NATURALEZA DE LA LESION, 1985- 1984

NATURALEZA DE LA LESION	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
TOTAL	582,292	646,415	638,818	612,253	599,038	614,721	626,981	619,935	577,207	552,743
FRACTURAS	39 106	42,079	42,477	42,630	43,149	46,490	49,629	50,784	47,063	50,191
LUXACIONES, TORCEDURAS Y ESGUINCES	61 916	98 238	111,769	107,648	98 629	103,446	109,831	112 798	109,984	108,513
CONMOCIONES Y TRAUMATISMOS INTERNOS	18 042	2 459	4 369	4,405	3 721	3,820	15 677	4,373	4,000	4,078
AMPUTACIONES Y ENUCLEACIONES	3 944	4 349	3,746	4,359	4,776	5 145	5,373	5 109	4 854	4 584
HERIDAS	172,405	204,571	202,518	190,721	185,494	189,472	186,244	183,005	164,561	152,247
TRAUMATISMOS SUPERFICIALES	10,866	13,999	2 497	3,739	15 345	15,456	3 501	15 228	15 857	14 515
CONTUSIONES Y APLASTAMIENTOS	178 191	201,264	195 548	188,255	184 393	190,762	194,218	191 024	176 823	189,990
QUEMADURAS	28 883	30,560	26 219	23,092	26 988	26,350	26 142	24 304	21,650	20 035
ENVENENAMIENTOS E INTOXICACIONES	1,910	2 303	1,881	1,097	1,961	2,220	2,657	2,239	1,733	2 024
OTRAS LESIONES (1)	34,699	34,182	33,627	32,052	25,089	24,369	27,966	26 956	28 519	23 193
NO ESPECIFICADO (2)	12,330	12,411	14,167	14,255	9 494	7,191	5,723	4,115	2,363	2,373

NOTAS:

ISSSTE: REPORTA INFORMACION CON ESTA CLASIFICACION A PARTIR DE 1989

PEMEX: NO PRESENTO INFORMACION PARA 1992 Y 1993, POR LO QUE SE CONSIDERO LA QUE PROPORCIONO EN LOS INFORMES ESTADISTICOS CUATRIMESTRALES DE RIESGOS DE TRABAJO DE LOS AÑOS CORRESPONDIENTES

(1) INCLUYE NATURALEZA DE LAS LESIONES QUE NO PUDIERON SER INTEGRADAS EN ESTA CLASIFICACION, TALES COMO: EFECTOS DE CUERPOS EXTRAÑOS SIN CLASIFICACION ESPECIFICA, VARIOS DE FRECUENCIA MENOR Y OTROS

(2) INCLUYE LOS DATOS REPORTADOS POR EL ISSSTE PARA 1985-1988; A PARTIR DE 1989 YA LA PRESENTA. INCLUYE ADEMÁS, LA INFORMACION DE PEMEX DEBIDO A QUE NO PRESENTA ESTA CLASIFICACION

CUADRO No. 5a

DIVISION DE ACTIVIDAD ECONOMICA	RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS POR AÑO SEGUN DIVISION DE ACTIVIDAD ECONOMICA 1985-1994									
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994
TOTAL	522,292	646,415	638,818	611,553	599,038	614,721	626,981	619,935	577,207	552,743
AGRICULTURA, GANADERIA, SILVICULTURA PESCA Y CAZA	8,314	9,609	8,630	8,498	17,901	17,536	20,102	17,468	16,728	16,314
CONSTRUCCION	63,297	65,399	70,007	63,140	53,739	59,929	73,896	72,182	71,086	73,811
COMERCIO, RESTAURANTES Y HOTELES	21,522	26,240	23,963	24,913	76,532	81,537	105,460	92,693	93,096	93,206
COMUNICACIONES Y TRANSPORTES										
COMUNICACIONES FINANCIERAS, INMOBILIARIAS	18,362	22,147	21,113	21,704	33,560	33,249	39,035	33,130	29,890	28,555
ALQUILER DE BIENES MUEBLES Y SERVICIOS PROFESIONALES	0	0	0	0	10,141	10,829	11,866	13,014	14,199	15,152
SERVICIOS COMUNALES, SOCIALES Y PERSONALES	19,980	26,244	26,763	27,524	41,371	47,280	56,103	50,031	49,217	46,846
NO ESPECIFICADO (1)	311,082	344,174	358,406	352,186	420,819	425,633	29,876	115,219	106,923	102,351

NOTAS:

IMSS: REPORTA DATOS DE ACUERDO A LAS 15 PRINCIPALES ACTIVIDADES ECONOMICAS CON MAYOR NUMERO DE RIESGOS SEGUN EL REGLAMENTO PARA LA CLASIFICACION DE EMPRESAS Y DETERMINACION DEL GRADO DE RIESGO DEL SEGURO DE RIESGOS DE TRABAJO. IMSS 1987 LA INFORMACION FUE RECLASIFICADA PARA LOS FINES DEL ANUARIO Y NO INCLUYE ACCIDENTES EN TRAYECTO

ISSSTE: REPORTA INFORMACION A PARTIR DE 1987. LOS DATOS REPORTADOS FUERON RESULTADO DE LA RECLASIFICACION EFECTUADA A PARTIR DE LOS RAMOS DE LA SECTORIZACION DE LA ADMINISTRACION PUBLICA

PEMEX: REPORTA INFORMACION A PARTIR DE 1988. SOLO DE ACCIDENTES DE TRABAJO Y A PARTIR DE 1989 INCLUYE ACCIDENTES EN TRAYECTO. NO PRESENTO INFORMACION PARA 1992 Y 1993, POR LO QUE SE CONSIDERO LA QUE PROPORCION EN LOS INFORMES ESTADISTICOS CUATRIMESTRALES DE RIESGOS DE TRABAJO DE LOS AÑOS CORRESPONDIENTES.

(1) INCLUYE LOS DATOS QUE PEMEX NO PUDO PRESENTAR CON ESTA CLASIFICACION PARA 1985 Y LOS DATOS QUE EL IMSS CONTEMPLA EN EL RUBRO DE "DEMAS ACTIVIDADES ECONOMICAS". ADEMAS LOS ACCIDENTES EN TRAYECTO QUE NO PRESENTA CON ESTA CLASIFICACION.

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE RIESGOS DE TRABAJO 1985-1994
 COMISION CONSULTIVA NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO
 SUBCOMISION DE INFORMACION Y ESTADISTICA. JULIO, 1995 P.31

CUADRO 5b
RIESGOS DE TRABAJO TERMINADOS POR INSTITUCION, SEGUN ACTO INSEGURO, 1994

ACTO INSEGURO	IMSS	ISSSTE	PEMEX	STPS
TOTAL	547 995	2 329	2 135	284
LIMPIAR, ENGRASAR O REPARAR EQUIPO EN MOVIMIENTO O ENERGIZADO	1 895	n.d.	n.d.	3
NO USAR EL EQUIPO DE PROTECCION PERSONAL DISPONIBLE	13 931	n.d.	n.d.	14
FALLA AL ASEGURAR O PREVENIR	217 225	n.d.	n.d.	130
ACTITUD INAPROPIADA	829	n.d.	n.d.	0
USAR EQUIPO O HERRAMIENTA INDEBIDAMENTE	2 263	n.d.	n.d.	12
HACER INOPERANTES LOS DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD	2 294	n.d.	n.d.	1
OPERAR O TRABAJAR A VELOCIDAD INSEGURO	11 272	n.d.	n.d.	3
ADOPTAR POSICIONES INSEGURO	50 640	n.d.	n.d.	88
COLOCAR, MEZCLAR, COMBINAR EN FORMA INSEGURO	25 219	n.d.	n.d.	15
OTROS	186 800	n.d.	n.d.	1
SIN ACTO INSEGURO	35 627	n.d.	n.d.	17
NO ESPECIFICADO	0	2 329	2 135	0
n.d. NO DISPONIBLE				

FUENTE: ANUARIO ESTADISTICO DE RIESGOS DE TRABAJO 1985-1994
COMISION CONSULTIVA NACIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE EN EL TRABAJO. SUBCOMISION DE INFORMACION Y ESTADISTICA, JULIO, 1995, P.63

A N E X O I I

" PROFESIOGRAMA "

FICHAS PROFESIOGRAFICAS DEL SECTOR SALUD¹ Y POSIBLES FACTORES DE RIESGO

FICHA PROFESIOGRÁFICA	FACTORES DE RIESGO
<p>I. GRUPO DE PROFESIONALES</p>	
<p>AUXILIAR DE ENFERMERIA GENERAL: Las realiza en Servicios de Medicina Preventiva, en Unidades de Atención Médica intra y extramuros en el área de influencia de su centro de adscripción. Atiende a los usuarios y les informa acerca de las acciones que van a recibir. Toma signos vitales y somatometría. Solicite, recibe, guarda y maneja la dotación de productos biológicos, medicamentos y material de curación, de acuerdo con las normas. Prepara equipo e instrumental y, en su caso, lo esteriliza de acuerdo al procedimiento establecido. Participa en la aplicación de productos biológicos, antibióticos y tratamientos epidemiológicos.</p>	<p>Uso del óxido de etileno (esterilizador de gas) para esterilizar material. Se ha demostrado que las exposiciones promedio en tiempo para carga en ocho horas al óxido de etileno son menores a 1ppm. Sin embargo, la exposición laboral puede ser en varios cientos de partes por millón en periodos breves durante la abertura del esterilizador al cambiar los artículos esterilizados al gabinete de ventilación. Los efectos agudos que se presentan son irritación de vías respiratorias, exantema, cefalea, somnolencia, debilidad. Estrés laboral (puede causar invalidez psicológica y fisiológica franca)</p>
<p>ENFERMERA GENERAL: En Unidades de Atención Médica, Puestos de Fábrica, Puestos de Enfermería y Unidades Móviles. Realiza procedimientos generales y específicos de Enfermería establecidos en el cuidado integral del paciente. Recibe, identifica, atiende y entrega pacientes con información del diagnóstico, tratamiento, evolución y procedimientos efectuados. Participa en tratamientos médico-quirúrgicos y efectúa tratamiento específicos. Cumple las indicaciones médicas y verifica su cumplimiento, previa corroboración de datos de identificación y tratamiento en órdenes médicas y registros de Enfermería. Participa en la visita médica a los pacientes. Ministra medicamentos conforme a indicaciones médicas. Participa en la terapia de apoyo emocional, ocupacional, rehabilitatoria y recreativa del paciente. Realiza procedimientos higiénico-dietéticos y participa en las actividades de educación para la salud del paciente y su familia. Vigila el traslado del paciente al servicio que sea derivado. Toma y registra signos vitales y de somatometría con la frecuencia que se requiera de acuerdo al estado clínico y tratamiento.</p>	<p>Infecciones laborales como tuberculosis, hepatitis B, rubeola, infección estafilocócica. Estrés laboral</p>

¹ El caso del IMSS. Elaborado con base en datos obtenidos del Profesiograma del Contrato Colectivo de Trabajo del SNTSS 1993-1995 y La Dou, Joseph (1999) Medicina Laboral y Ambiental, México: El Manual Moderno

FICHA PROFESIOGRAFICA I. GRUPO DE PROFESIONALES		FACTORES DE RIESGO
<p>ENFERMERAS ONCOLOGAS : Valora, controla e interpreta continuamente parámetros vitales, a través de las exploraciones clínica, monitores, ventiladores, resultados de laboratorio y gabinetes. Controla la ministración de fármacos esqueléticos. Preparan y administran quimioterapia a pacientes de modo regular</p>	<p>Exposición profesional a medicamentos anticancerosos.. Tienen riesgo de exposición a posibles mutágenos. Estrés laboral</p>	
<p>OFICIAL DE FARMACIA: Organiza, dirige y controla el trabajo del personal de categorías inferiores de farmacia para el desarrollo correcto y oportuno de la entrega de medicamentos y la correcta atención a derechohabientes, resolviendo casos y problemas. Expide y autoriza vales para farmacias subrogadas cuando se carezca de medicamentos en la farmacia. Controla que la existencia de medicamentos se mantenga en los máximos y mínimos que el Instituto determine incluidos su buen estado y vigencia. Elabora y tramita los pedidos reglamentarios de acuerdo con las necesidades de la farmacia y participa en los sistemas de aprovisionamiento y control. Rinde informes relativos de las labores y anomalías que encuentre o le sean reportadas, de acuerdo a las normas que el Instituto establezca. Maneja y despacha medicamentos de acuerdo a las recetas médicas, etc.</p>	<p>estrés laboral</p>	
<p>AUXILIAR DE LABORATORIO: Atención correcta y oportuna a los derechohabientes y donadores que asisten a los servicios de laboratorio y banco de sangre. Efectúa toma de muestras para análisis clínicos, sangra donadores, recibe, recoge y concentra especímenes, las numera, revisa su estado y las distribuye. Prepara las muestras, previamente al procesamiento u observación, en tubo y/o portaobjetos: por centrifugación, filtración, decantación, flotación. Prepara el material y equipo necesarios para la obtención de muestras, sangrado de donadores y para la realización de análisis clínicos y reactivos. Prepara bajo la supervisión del personal de mayor categoría, colorantes, reactivos, y medios de cultivo. Esteriliza materiales y especímenes, mediante el uso de hornos, autoclaves y otros equipos destinados para esterilización. Bajo supervisión envasa, tapa, etiqueta, coloca bandas de garantía en el producto terminado de reactivos. Auxilia en el proceso de análisis clínicos, de control de calidad, de obtención de sangre proveniente de donadores y de fraccionamiento de la sangre.</p>	<p>Infecciones laborales como tuberculosis, hepatitis B, rubeola, infección estafilocócica, SIDA Dermatitis por contacto Estrés laboral</p>	

<p align="center">FICHA PROFESIOGRAFICA I. GRUPO DE PROFESIONALES</p>	<p align="center">FACTORES DE RIESGO</p>
<p>LABORATORISTA: Efectúa toma de muestras para análisis clínicos, numera, clasifica, revisa su estado y distribuye muestras y solicitudes para laboratorio. Sangra donadores en banco de sangre y unidades móviles de acuerdo a campañas establecidas por el Instituto. Realiza el muestreo de medio ambiente, superficies y alimentos. Ejecuta el Proceso Manual o Automatizado de los análisis clínicos de laboratorio y el procesamiento de la sangre proveniente de donadores de acuerdo a normas establecidas. Registra, revisa y comunica los resultados de los análisis clínicos. Aplica procedimientos de control de calidad en los métodos de análisis clínicos bajo la supervisión del personal químico. Prepara colorantes, reactivos y medios de cultivo bajo la supervisión del químico.</p>	<p>Sustancias químicas como las aminas aromáticas, se utilizan en la síntesis de otras sustancias químicas. El uso comercial es la bencidina es como intermediario químico que se utiliza como reactivo en el laboratorio. El riesgo es por contacto en la piel que produce dermatitis, así como asma (por inhalación). Infecciones laborales como tuberculosis, hepatitis B, rubeola, infección estafilocócica, SIDA Dermatitis por contacto Estrés laboral</p>
<p>CITOTECNOLOGO: Recibe laminillas acompañadas de sus hojas citológicas, comprobando su correlación y buen estado. Folia las solicitudes y graba el número de control en las laminillas. Registra las muestras recibidas, procesadas, interpretadas, derivadas para su comprobación ulterior, así como los casos sospechosos. Realiza muestreos de estudios ejecutados. Prepara soluciones, reactivos y colorantes y los filtra y cambia con la regularidad requerida. Prepara laminillas para el estudio del microscópico y ejecuta el estudio de acuerdo a las normas establecidas. Anota los resultados negativos y somete a verificación los casos sospechosos y de diagnóstico difícil. Archiva laminillas interpretadas. Participa en actividades de docencia.</p>	<p>Por contacto con sustancias químicas como el formaldehído, se presenta irritación ocular que origina lagrimeo, enrojecimiento y dolor, tos, presión torácica, disnea. Transtornos laborales por hipersensibilidad que pueden producir asma y rinitis alérgica Sospecha de cáncer nasofaringe (cavidad y senos nasales) Estrés laboral</p>
<p>QUIMICO CLINICO: Efectúa toma de muestras para análisis clínicos, numera, clasifica, revisa su estado y distribuye muestras y solicitudes para laboratorio. Sangra donadores en bancos de sangre y unidades móviles de acuerdo a campañas establecidas. Efectúa muestreo de medio ambiente, superficies y alimentos. Ejecuta análisis clínicos de laboratorio y procesa la sangre proveniente de donadores. Prepara colorantes, reactivos y medios de cultivo. Registra, revisa, compulsa y comunica los resultados de los análisis clínicos. De acuerdo a las normas que el Instituto establece, verifica la ejecución, procedimientos y la confiabilidad de los resultados. Elabora, supervisa y participa en programas de control de calidad de los métodos de análisis clínicos, de acuerdo a las normas que el Instituto determine. Verifica que se realicen los servicios de mantenimiento preventivo y correctivo de las instalaciones y equipo. Efectúa la calibración de mediciones de lecturas de aparatos e instrumentos. Organiza, dirige, controla y supervisa el trabajo del personal de menor categoría en el laboratorio, incluidos todos los de apoyo, etc.</p>	<p>Infecciones laborales como tuberculosis, hepatitis B, rubeola, infección estafilocócica, SIDA Dermatitis por contacto Estrés laboral</p>

FICHA PROFESIOGRAFICA		FACTORES DE RIESGO
I. GRUPO DE PROFESIONALES		
ESTOMATOLOGO: Examen, diagnóstico y tratamiento de enfermos con padecimientos bucodentomaxilares, incluyendo extracciones, obturaciones, curaciones y limpieza de piezas dentarias en clínicas, sanatorios, hospitales, puestos de fábricas y periféricos y demás establecimientos médicos. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades, prescripciones de medicamentos, etc.)		Infecciones laborales como tuberculosis, hepatitis B, VIH-SIDA, herpes simple, candida Estrés laboral
MEDICO FAMILIAR: Atención médico-quirúrgica en unidades de adscripción y a su domicilio, participa en actividades de fomento a la salud examinando, diagnosticando e instituyendo tratamiento a la población derechohabiente que se le encomiende de acuerdo con las labores señaladas en las normas o instructivos aprobados para esta categoría. Funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que tiene encomendadas (expedición de incapacidades, prescripción de medicamentos, etc.)		Infecciones laborales como tuberculosis, hepatitis B, rubeola, infección estafilocócica, Estrés laboral
MEDICO VETERINARIO ZOOTECNISTA: llevar a cabo todas las actividades médicas-quirúrgicas, zootécnicas y sanitarias que se requieren en los cuidados, manejo y producción de todos los animales de laboratorio. Realizar labores propias de su profesión en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento. Acatar reglamentos, instructivos, normas y disposiciones vigentes. Asumir funciones técnico-administrativas inherentes al tipo de actividades que se le encomienden.		Trastornos laborales por hipersensibilidad, asma y rinitis alérgica producida por animales de laboratorio (roedores, conejos) Estrés laboral
TECNICO DE ACTUARIADO SOCIAL: Ejecuta cálculos y estudios actuariales, aplicando conocimientos de álgebra superior, geometría analítica, cálculo diferencial e integral, cálculo de probabilidades, matemáticas financieras, estadísticas, demografía y seguro de personas. Verifica y controla la captación, organización y procesamiento de las informaciones contables, estadísticas, económicas y otras para los estudios y cálculos actuariales. Elabora estudios estadísticos, demográficos, económicos, bioestadísticos y financieros para fines actuariales. Participa en la planeación y elaboración de los balances actuariales. Participa en la ejecución de las evaluaciones de contratos colectivos de trabajo. Participa en la formulación de dictámenes, opiniones, respuestas a consultas o estudios que debe emitir el Departamento Actuarial. Organiza, orienta y controla el trabajo del personal de menor categoría y le resuelve casos y problemas.		Estrés laboral estrés físico Riesgo de sufrir dolor en los músculos glúteos, dolor en espalda inferior o superior, mala circulación en la parte inferior de las piernas, mala circulación en los muslos por posiciones estáticas y por posiciones incómodas al sentarse.

FICHA PROFESIOGRAFICA	FACTORES DE RIESGO
<p align="center">II. GRUPO DE ESPECIALIZADOS</p> <p>AYUDANTE DE EMBALSAMAMIENTO: recibe cadáveres y registra datos de su identidad; prepara, limpia, maquilla, viste y amortaja cadáveres, les aplica inyecciones conservadoras y preparaciones conforme a las normas que fija el Instituto; eviscera, sutura, reconstruye y rasura cadáveres para funerales. Carga, descarga, trasladada y coloca cadáveres en: ataúdes, mesas de embalsamar, refrigeradores, capillas, domicilios y vehículos de traslado manual y de combustión interna. Limpia y desinfecta instrumental, equipos, mobiliario e instalaciones de salas de embalsamar. Entrega cadáveres a personas, familiares o autoridades autorizadas para recibirlos. Empaqueta ropa y pertenencias de cadáveres, etiquetándolos para su devolución. Labores administrativas inherentes.</p>	<p>Par contacto con sustancias químicas como el formaldehído, se presenta irritación ocular que origina lagrimeo, enrojecimiento y dolor, tos, presión torácica, disnea.</p> <p>Trastornos laborales por hipersensibilidad que pueden producir asma y rinitis alérgica</p> <p>Sospecha de cáncer nasofarínge (cavidad y senos nasales)</p> <p>Estrés laboral</p>
<p>TECNICO OPERADOR DE TRANSPORTE DE PACIENTES DE URGENCIAS: conduce la ambulancia de urgencias con estricto apega a las normas de seguridad, de tránsito y procedimientos vigentes; emplea y verifica el buen uso de la ambulancia, camillas y demás accesorios y equipo que conformen parte integral de la dotación fija o eventual de la unidad móvil; surte, canjea o repone la dotación de medicamentos, ropa, material de curación y demás implementos para consumo y aplicación de los pacientes de urgencias a bordo; efectúa reparaciones de urgencia en la ambulancia, tanto de tipo mecánico como eléctricas; recibe y entrega bajo inventario y anotación en la bitácora, la unidad móvil incluyendo el equipo médico, material de curación medicamentos, etc., inspecciona la ambulancia, partes y accesorios de la misma, así como el equipo médico y demás implementos para verificar su buen funcionamiento, reportando y registrando los defectos y/o fallas detectadas procurando su inmediata reparación y reposición, etc. Transporta, de acuerdo a instrucciones del personal médico y de enfermería a pacientes urgentes en camilla móvil, marina o manualmente, sillas rodantes o dispositivos hospitalarios; realiza el aseo y desinfección de la ambulancia, partes y accesorios de la misma; participa en el otorgamiento de primeros auxilios a los pacientes en traslado según indicaciones del personal médico y enfermería</p>	<p>Estrés laboral</p> <p>Riesgo de sufrir dolor en espalda inferior (columna lumbar baja) o superior, por levantar personas u objetos</p>

FICHA PROFESIOGRAFICA II. GRUPO DE ESPECIALIZADOS	FACTORES DE RIESGO
<p>TECNICO EN MICROFOTOGRAFIA: Organización, dirección y control del trabajo del personal auxiliar en las actividades de microfilmación y producción de copias. Revela películas y papeles negativos y positivos, de acuerdo a las técnicas fotográficas, incluyendo la preparación de las soluciones que han de emplearse y la aplicación de sustancias que proceda. Producción de diapositivas en blanco y negro y de color, y de copias fotográficas amplificadas o reducidas. Limpieza y conservación en buen estado de los equipos, útiles y enseres que se empleen en los procesos de microfilmación y revelado y los de producción de copias fotostáticas y utilización óptima de materiales y sustancias.</p>	<p>Lesiones oculares debido a radiación simple (el ojo es el órgano blanco más sensible que se daña por reacciones estructurales térmicas o fotoquímicas inducidas por la luz (focos de fotografía). Ocurre daño retiniano, fotoquerato, conjuntivitis, eritema.. Por el uso del carbonato de potasio (químico de fotografía) quemaduras en piel y ojos, irritación respiratoria. Efectos crónicos: opacidades corneales (no tratadas) enfermedad pulmonar obstructiva. Estrés laboral</p>
<p>TECNICO RADIOLOGO: Bajo la dirección del médico y de acuerdo a las normas que el Instituto establezca, aplica Rayos X a pacientes y opera máquinas para fines de diagnóstico: recibe, registra, distribuye, prepara e instruye a los pacientes que deban ser sometidos a estudios de radiodiagnóstico. Ejecuta estudios de radiodiagnóstico, ajusta los dispositivos y controles para el tiempo e intensidad de la exposición calculando los factores de contraste, densidad y nitidez que se requieran en cada estudio de radiodiagnóstico, incluyendo toma de placas, de acuerdo con las especificaciones de los aparatos que se usen. Coloca al paciente en el equipo de Rayos X; maneja los accesorios de inmovilización, adoptando las medidas de protección pertinentes para el paciente y para él mismo. Prepara y administra al paciente medios de contraste para destacar los órganos; preparación de las sustancias y soluciones necesarias para el proceso de revelado; ejecución del revelado de placas o películas expuestas ya sea por procesos manuales o mecánicos de acuerdo a las técnicas fotográficas. Acondicionamiento, recorte y marca de placas reveladas para fines de identificación; entrega de las mismas al médico para su interpretación; registra y archiva radiografías procesadas y prepara informes; guarda las placas e informes de la interpretación; mantiene el control y formula pedidos de los materiales de consumo necesarios para el desempeño de su trabajo; hace ajustes menores al equipo.</p>	<p>Riesgos de daño ocular: los párpados son vulnerables en particular al daño por rayos x debido a la delgadez de la piel. Las radiaciones a rayos x en dosis de 500 a 800 R dirigidas hacia el cristalino causan cataratas, daño retiniano. Lesiones por radiación ionizante (se presenta después de una exposición breve pero masiva: cáncer cutáneo (piel), cáncer hemetológico (leucemia). Estrés laboral.</p>

FICHA PROFESIOGRAFICA II. GRUPO DE ESPECIALIZADOS	FACTORES DE RIESGO
<p>TECNICO EN MEDICINA NUCLEAR: Atiende a los derechohabientes que acuden al servicio, los orienta e instruye. Toma muestras de productos biológicos, recibe, identifica, numera, distribuye y revisa muestras y solicitudes. Aplica radiofármacos. Prepara material para el laboratorio y para el área de imágenes. Ejecuta análisis del laboratorio de radioinmunoensayo, de acuerdo a las normas que el Instituto determine; registra, revisa e informa los resultados. Registra y concentra datos para información estadística, calibra y programa equipos de medición de dosis. Participa en el manejo de gammacámaras, gammágrafos, procesadores de datos y otros aparatos electromédicos del Departamento de Medicina Nuclear. Coloca a los pacientes para el estudio, según la técnica señalada. Participa con el médico en la vigilancia y cuidado del paciente en los estudios dinámicos. Coloca al paciente los sistemas de registro de gráficos necesarios. Realiza las tomas de miágenes en fotografías, placas, cintas y video casetes. Revela placas tipo Rayos X utilizadas en estos procedimientos. Desplaza los recursos necesarios para la atención correcta de los enfermos. Lleva el registro y control de las extracciones de material radioactivo de los generadores. Realiza diariamente monitoreo de las áreas departamentales con los detectores de radiación y elabora los informes correspondientes. Aplica las medidas de protección radiológicas, a fin de evitar riesgos.</p>	<p>Riesgos de daño ocular: los párpados son vulnerables en particular al daño por rayos x debido a la delgadez de la piel. Las radiaciones a rayos x en dosis de 500 a 800 R dirigidas hacia el cristalino causan cataratas, daño retiniano. Lesiones por radiación ionizante (se presenta después de una exposición breve pero masiva: cáncer cutáneo (piel), cáncer hematológico (leucemia). Estrés laboral.</p>
<p>TERAPISTA FISICO: recibe y orienta pacientes sobre su tratamiento, verifica su identificación con su respectivo expediente. Prepara área, equipo, material y al paciente para la aplicación del tratamiento prescrito por el médico. Realiza actividades de evaluación de examen muscular, arcos de movilidad, sensibilidad y funcionalidad. Cuida y se responsabiliza del equipo y material de trabajo necesario para los tratamientos de luminoterapia, electroterapia e hidroterapia. Aplica los tratamientos antes mencionados, así como masaje terapéutico, movilización y mecanoterapia en general. Enseña y orienta en el uso de aparatos ortésicos y prótesis. Elabora nota informativa de la evolución de los pacientes atendidos.</p>	<p>Lesiones térmicas (ojos): se deben a la luz lo bastante intensa para aumentar 10 a 20°C la temperatura en la retina. Los rayos láser terapéuticos pueden causar este tipo de lesión. Estrés laboral.</p>
<p>HISTOTECNOLOGO: recibe, identifica, y registra solicitudes y muestras para el lab. anatomía patológica. Hace cortes histológicos en piezas quirúrgicas y de autopsia. Coloca en parafina, fragmentos histológicos. Archiva bloques parafina de estudios realizados. Distribuye, revisa las muestras, solicitudes de estudios de citología, biopsia, piezas quirúrgicas y transoperatorios. Lleva a cabo tinciones de rutina y especiales de cortes histológicos de piezas quirúrgicas y autopsia. Cambia colorantes y reactivos, en la tinción de rutina. Cubre en tinciones especiales y etiqueta laminillas de piezas quirúrgicas y piezas de autopsia.</p>	<p>Por contacto con sustancias químicas como el formaldehído, se presenta irritación ocular que origina lagrimeo, enrojecimiento y dolor, tos, presión torácica, disnea. Transtornos laborales por hipersensibilidad que pueden producir asma y rinitis alérgica Sospecha de cáncer nasofaringe (cavidad y senos nasales) Estrés laboral</p>

FICHA PROFESIOGRÁFICA II. GRUPO DE ESPECIALIZADOS	FACTORES DE RIESGO
<p>RADIOTERAPEUTA: participa directamente en la planeación médica de los pacientes que van a recibir tratamiento con radiaciones ionizantes en lo referente a: localización del área por irradiar, toma de contornos, elaboración de curvas de isodosis de forma manual o computarizada, selección de técnicas de tratamiento individuales mediante análisis de dosis diferenciales calculadas con estudios previos de simulación de tratamiento, conocimiento de la elaboración de bolus, compensadores, protecciones específicas que determinen la posición correcta a la administración adecuada de los campos de tratamiento que se apliquen a los pacientes. Aplicación de medios de contraste parenterales y orales, para determinar localización de las neoplasias en el simulador. Selección, custodia, carga, descarga, aplica material radioactivo de fuentes selladas o abiertas, vigila que se cumplan los requisitos de seguridad radiológica para cada caso en particular. Dialoga, orienta y tranquiliza al paciente y a los familiares en relación a los tratamientos que está administrando. Da indicaciones sobre el manejo de las intolerancias de la radiación. En conjunto con el personal médica analiza los resultados de los tratamientos y sugiere modificaciones de acuerdo a la versatilidad de los equipos de tratamiento que estén a su cargo. Registra, toma, revela placas radiográficas, archiva dichas placas y hojas de tratamiento, etc.</p>	<p>Riesgos de daño ocular: los párpados son vulnerables en particular al daño por rayos x debido a la delgadez de la piel. Las radiaciones a rayos x en dosis de 500 a 800 R dirigidas hacia el cristalino causan cataratas, daño retiniano.</p> <p>Lesiones por radiación ionizante (se presenta después de una exposición breve pero masiva: cáncer cutáneo (piel), cáncer hematológico (leucemia).</p> <p>Estrés laboral.</p>
<p>AYUDANTE DE AUTOPSIA: 1) Recibir los cadáveres y verificar la exactitud de los datos de identificación. 2) hacer las anotaciones correspondientes en el libro de registro. 3) depositar los cadáveres en el refrigerador para su preservación. 4) colaborar con los médicos para la ejecución de autopsias autorizadas y llevar a cabo las maniobras inherentes a la evisceración y suturas del cadáver. 5) preparación del cadáver y amortajamiento. 6) entrega del cadáver a los familiares o personas legalmente responsables, previa confrontación de la orden de salida. 7) preparación de las visceras, para almacenamiento o preservación o incineración. 8) ayudar a la fotografía macroscópica. 9) aseo del instrumental y de la mesa de trabajo.</p> <p>TECNICO YESISTA: 1) su labor se desarrollará en los cuartos de yeso del hospital o en cualquier otro local en el que sus servicios sean solicitados por los médicos, bajo el visto bueno del jefe de emergencia. 2) limpieza y conservación de los locales y su equipo. 3) preparación del material usado por los médicos y su equipo, para inmovilización, como yeso, férulas de cualquier tipo o aquellas que pudieran aceptarse en un futuro, 4) transporte y acomodo de los enfermos en su área de trabajo y dentro del servicio de emergencia, 5) colocar y retirar aparatos de yeso con los medios indicados por el jefe inmediato superior..</p>	<p>Por contacto con sustancias químicas como el formaldehído, se presenta irritación ocular que origina lagrimeo, enrojecimiento y dolor, tos, presión torácica, disnea.</p> <p>Transtornos laborales por hipersensibilidad que pueden producir asma y rinitis alérgica</p> <p>Sospecha de cáncer nasofaringe (cavidad y senos nasales)</p> <p>Estrés laboral</p> <p>Estrés laboral</p> <p>Riesgo de sufrir dolor en espalda inferior o superior, por cargar personas de forma inadecuada.</p>

FICHA PROFESIOGRAFICA III. GRUPO DE ADMINISTRATIVOS	FACTORES DE RIESGO
<p>OFICIAL DE ALMACEN: recibe, verifica, coloca, mueve, acomoda, empaca, envasa y/o entrega artículos y materiales en el local del almacén, en vehículos de transporte o en el lugar que se indique. Controla artículos fuera de uso, sin movimiento, obsoletos dañados y en general, controla aquella mercancía que maneja el personal a sus órdenes, en la que observe cualquier irregularidad, reportando oportunamente al superior inmediato de esta situación. Elabora y mantiene actualizados los registros que deben llevarse en la dependencia. Programa y ejecuta la toma de inventarios. Sustituye, cuando las necesidades del servicio lo requieran, al personal de menor categoría en ausencias temporales del mismo. Opera máquinas y equipo de oficinas, equipo de cómputo, equipo de almacén de acuerdo a las normas que el Instituto determine, así como los de intercomunicación y teléfonos. Organiza e interviene en la operación de un almacén de unidad médica. Lleva el control de inventario perpetuo, registra, actualiza, identifica, toda clase de artículos, de acuerdo a normas determinadas por instituto y solicita oportunamente reposiciones.</p>	<p>Estrés laboral Riesgo de sufrir dolor en espalda inferior (columna lumbar baja) o superior, por levantar objetos pesados (cajas), empujar y jalar.</p>
<p>AUXILIAR UNIVERSAL DE OFICINAS: recibe, verifica, compulsa, interpreta, utiliza, prepara, registra, cancela, envía y/o archiva correspondencia, documentos, tarjetas, formas, historias clínicas etc. Verifica, corrige y actualiza nombres. Vigencias, fechas, números y totales de datos consignados en documentos, oficios, formas, listados, informes, requisiciones, pedidos y movimientos de expedientes. Asienta registros de entrada y salida, de cargos y descargos, altas y bajas, cambios y movimientos y certificaciones referentes a personas, ingresos, dinero, valores, cosas, adscripciones y documentos. Codifica, clasifica, forma expedientes, glosa, intercala, desintercala documentos, solicita y efectúa préstamos de documentos, consulta catálogos y archivos mediante equipos de registro y cómputo y maneja formas impresas. Registra y aplica números de afiliación de patrones y de matriculas. Interviene en la depuración e integración de facturas de envío para su trámite correspondiente. Toma dictado en taquigrafía y lo transcribe a máquina. Elabora mecanográficamente oficios, informes, liquidaciones de crédito y finiquitos, reportes, formas o requisiciones, órdenes de ingreso, cheques, cuadros numéricos, y de información estadística, memoranda, estenciles y otro material de copia directa.</p>	<p>Estrés laboral Riesgo de sufrir dolor en espalda inferior o superior, por posiciones estáticas. Riesgo de tener problemas musculoesqueléticos de la extremidad superior como son: tendinitis, síndrome del tunnel del carpo y síndrome tensional de cuello por escribir a máquina o utilizar computadora.</p>

FICHA PROFESIOGRAFICA	FACTORES DE RIESGO
<p>III. GRUPO DE ADMINISTRATIVOS</p> <p>COORDINADOR DE SERVICIOS ADMINISTRATIVOS: revisa la organización y actualización de archivos locales, catálogos, sistemas de registro y verifica la correcta intercalación de documentos, formas y tarjetas. Determina la exactitud y totalidad de datos, documentos y formas que se reciben o se elaboran para la continuación de los trámites, integración de expedientes, incluidos los especializados en archivos locales y catálogos. Analiza y depura documentos o formas, determina sus trámites y los distribuye para su ejecución. Actualiza, consulta y verifica en forma interactiva, catálogos y archivos mediante equipos de microcomputación, equipos manuales y de consulta. Analiza y depura adeudos, determina sus trámites y los distribuye para su ejecución. Verifica y certifica la vigencia de adeudos y cobros. Elabora trámites de cancelación, los verifica, registra y determina saldos y registra descargos. Sumariza importes de pedidos, documentos de pago y formula notas de débito y/o crédito. Recibe, verifica y confronta solicitudes y documentación sobre derechos y obligaciones, listados, formas y tarjetas procesadas, etc.</p> <p>ASISTENTE MEDICA: en unidades de medicina familiar asiste al médico, estomatólogo y al servicio de materno infantil en la consulta, en las maniobras de exploración de los pacientes, toma y registra peso, talla y temperatura. Informa a los derechohabientes de las ausencias e imprevistos del médico, estomatólogo y en el servicio materno infantil. Atiende e instruye dentro y fuera de la Unidad personal o telefónicamente a los derechohabientes y público en general, respecto a sus derechos y obligaciones; así como también en lo relacionado con los programas institucionales y de las actividades para la comunidad. Organiza y controla la consulta del médico, estomatólogo y del servicio materno infantil en citas, secuencia, admisión, inscripción e identificación de consultantes. Recibe, devuelve y/o archiva expedientes clínicos, glosa tarjetas y otros documentos y solicita verificación de vigencias. Solicita y regresa a petición del médico el espejo, vaginal, termometría y guantes. Provee y mantiene la dotación y orden del equipo, ropa, papelería y material de curación del consultorio. Participa en la vigilancia y control de la asistencia a cita médica; en los programas institucionales informa de las inasistencias de los pacientes a trabajo social; participa en los programas de enseñanza e investigación de la unidad. Recibe y entrevista en forma personal o por teléfono a los pacientes que solicitan servicios en las unidades, a sus familiares, etc.</p>	<p>Estrés laboral Riesgo de sufrir dolor en espalda inferior (columna lumbar baja) o superior, por posiciones estáticas</p> <p>Estrés laboral Riesgo de sufrir dolor en espalda inferior (columna lumbar baja) o superior, por posiciones estáticas</p>

FICHA PROFESIOGRAFICA		FACTORES DE RIESGO
III. GRUPO DE ADMINISTRATIVOS		
<p>AUXILIAR DE SERVICIOS DE INTENDENCIA: sacude (desempolva), barre, trapea, frega, lava, encera, pule y/o desinfecta: mobiliario, equipo y accesorios de oficina y/o médicos, alfombras, pisos, vestíbulo, corredores, muros, cancelas, puertas, columnas, ventanillas interiores, cortinas, persianas elevadores, montacargas y baños. Prepara y aplica soluciones detergentes, desinfectantes y para encasar. Recoge ropa, carga y descarga, la cuenta, la selecciona por tipos y en su caso la separa según su estado. La deposita en los mecanismos de alimentación de las máquinas lavadoras y secadoras no industriales. Opera las máquinas no industriales de acuerdo a los procesos de lavado y secado establecidos por el Instituto, incluido el aprovisionamiento de sustancias removedoras, detergentes, activantes, blanqueadoras y aderezos, en cantidades y formas que se establezcan. Transporta ropa, plancha, retoca y dobla ropa. Traslada enfermos o cadáveres en camillas, camas de mano o manualmente en ambulancias o dispositivos hospitalarios. Carga, descarga, acarreo, reparo y entrega de artículos de los almacenes a las distintas unidades médicas o dependencias. Traslado de muebles y equipos de oficina y hospitalarios y acomodo o reacomodo de los mismos.</p> <p>TECNICO POLIVALENTE: realizar trabajos elementales en cuanto a : reparar, mantener, operar, analizar, transportar, conectar, manejar, controlar, distribuir, limpiar, ajustar, desbloquear, dosificar, recibir, verificar, desinfectar, medir, fumigar, recubrir, instalar, identificar, difundir, registrar, sanear, cuidar, guardar, montar, etc: instalaciones, sistemas, productos, materiales, refacciones, herramientas, equipos, accesorios, muebles, inmuebles, obras exteriores, recursos y similares de todas las especialidades de conservación, conducir vehículos para realizar actividades relacionadas con la conservación y unidades periféricas.</p> <p>CAMILLERO DE TRASLADO DE PACIENTES DE SERVICIOS ORDINARIOS Y PROGRAMADOS (exclusivo para módulos D.F. y Valle de México): vigila y auxilia al paciente durante su traslado y en el interior de la cabina del paciente de la ambulancia de una unidad a otra y/o de su domicilio o de donde se requiera el servicio; traslada en camillas, marinas, de ruedas, manuales e incubadoras de una Unidad a otra aplicando las técnicas de traslado de pacientes e incubadoras de una Unidad a otra junto con el paciente la hoja de traslado y/o el expediente y equipo del mismo; orienta a familiares y pacientes en caso necesario sobre el procedimiento para el otorgamiento del servicio de traslado de pacientes; arregla el vehículo para el recibo de pacientes y mantiene en buenas condiciones de limpieza e higiene el mismo.</p>	<p>Estrés laboral</p> <p>Riesgo de sufrir dolor en espalda inferior (columna lumbar baja) o superior, por levantar objetos pesados (cajas), empujar y jalar.</p>	
<p>Estrés laboral</p> <p>Riesgo de sufrir dolor en espalda inferior (columna lumbar baja) o superior, por levantar objetos pesados (cajas), empujar y jalar.</p>	<p>Estrés laboral</p> <p>Riesgo de sufrir dolor en espalda inferior (columna lumbar baja) o superior, por levantar personas u objetos</p>	